



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

### **Educar para Comportamentos de vida saudáveis sem tabaco: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

**Ana Patrícia Dâmaso Dionísio Coelho**

**Orientação: Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora**

**Mestrado em Enfermagem**

**Área de especialização: Saúde Infantil e Pediatria**

**Relatório de Estágio**

**Setúbal, 2019**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Educar para Comportamentos de vida saudáveis  
sem tabaco: Intervenção do Enfermeiro Especialista  
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

**Ana Patrícia Dâmaso Dionísio Coelho**

**Orientação: Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora**

**Mestrado em Enfermagem**

**Área de especialização: Saúde Infantil e Pediatria**

**Relatório de Estágio**

**Setúbal, 2019**

“A saúde é o resultado não só dos nossos atos como também dos nossos pensamentos”

Mahatma Gandhi

Dedico este trabalho a todas as pessoas  
que me apoiaram e motivaram em todos  
os momentos do mestrado.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar aos pilares da minha vida, são eles que me dão força e motivação para a realização dos meus projetos e sonhos. Obrigada!

Ao meu marido pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência, foi pai e mãe em muitos momentos, obrigada pela pessoa maravilhosa e excelente pai que é.

Aos meus pais pelo apoio e pelo trabalho redobrado que tiveram, sem eles teria sido muito mais difícil, obrigada mãe, obrigada pai pelo carinho e motivação.

À minha colega e amiga Cláudia pelo companheirismo e partilha ao longo do nosso percurso académico, Obrigada!

À professora Maria Antónia Chora pela orientação, atenção e paciência, Obrigada!

## RESUMO

O tabaco é a primeira droga a ser usada pelos adolescentes, trata-se de um comportamento em expansão entre os jovens.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria assume um papel crucial na promoção da saúde podendo intervir, através de projetos na adoção de hábitos de vida saudáveis sem tabaco. A prevenção do consumo de tabaco entre os adolescentes é fundamental para podermos controlar a “epidemia tabágica”.

O relatório é a síntese de todo o percurso de formação teórica e prática, que nos permitiu adquirir competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Mestre. Descreve o projeto que tivemos oportunidade de planear e implementar. Utilizámos a metodologia de projeto que contribuiu para capacitar as crianças na adoção de hábitos de vida saudáveis sem tabaco.

A melhor estratégia para a redução do consumo de tabaco é apostar na literacia em saúde para a adoção de comportamentos de vida saudáveis.

**Palavras-chave:** Adolescentes, Tabaco, Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica e comportamentos de risco.

## SUMMARY

Tobacco is the first drug to be used by adolescents, it is an expanding behavior among young people.

The Specialist Nurse in Child Health and Pediatrics assumes a crucial role in promoting health by being able to intervene, through projects in the adoption of healthy habits without tobacco. Preventing tobacco use among adolescents is essential if we are to control the "tobacco epidemic."

The report is the synthesis of the whole course of theoretical and practical training, which allowed us to acquire competences as Specialist Nursing in Child Health and Pediatric and Master Health. Describes the project we had opportunity to plan and implement. We used the design methodology that helped to enable children to adopt healthy habits without tobacco.

The best strategy for reducing tobacco use is to focus on health literacy for the adoption of healthy life behaviors.

**Keywords:** Adolescents, Tobacco, Nursing in Child and Pediatric Health and risk behaviors

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**p.** - Página

**nº** - Número

**Exm<sup>a</sup>** - Excelêntissima

**Sr<sup>a</sup>** - Senhora

**Prof<sup>a</sup>** - Professora



## **LISTA DE SIGLAS**

**CDE-** Código Deontológico dos Enfermeiros

**CPCJ-** Comissão de Proteção a Crianças e Jovens

**DGS-** Direção Geral de Saúde

**EESIP-** Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

**EEESIP-** Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**GOBP-** Guia Orientador de Boas Práticas

**HBSC-**Health Behaviour in School-aged Children

**OE-** Ordem dos Enfermeiros

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**PNPCT-** Programa Nacional Prevenção e Controlo do Tabagismo

**PNS-** Plano Nacional de Saúde

**PNSE-** Programa Nacional de Saúde Escolar

**PNSIJ-** Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

**SCEP-** Serviço de Consulta Externa de Pediatria

**SIP-** Serviço de Internamento de Pediatria

**SUP-** Serviço de Urgência Pediátrica

**TCE-** Traumatismo Crânio Encefálico

**UC-** Unidade Curricular

**UCC-** Unidade de Cuidados à Comunidade

**UCSPA-** Unidade de Cuidados De Saúde Personalizados de A

**UCSP-** Unidade de Cuidados De Saúde Personalizados

**ULSBA-** Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

**UMAD-** Unidade móvel de apoio domiciliário

**USF-** Unidade de Saúde Familiar

**REPE-** Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**WHO-** World Health Organization

# ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	17
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	22
2.1 Comportamentos de Risco na Adolescência.....	27
2.2 A Adolescência e o Consumo de Tabaco .....	29
2.3 As Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica na Prevenção do Tabagismo em Meio Escolar .....	31
2.4 O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender .....	33
3. METODOLOGIA DE PROJETO:EDUCAR PARA COMPORTAMENTOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA ADOLESCÊNCIA- PREVENÇÃO DO TABAGISMO .....	36
3.1 Diagnóstico de Situação.....	37
3.2 Definição de Objetivos .....	42
3.3 Planeamento.....	44
3.4 Execução .....	46
3.5 Avaliação .....	49
4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CAMPOS DE ESTÁGIOS .....	52
4.1 Análise Reflexiva das Atividades Desenvolvidas no Serviço de Urgência Pediátrica....	53
4.2 Análise Reflexiva das Atividades Desenvolvidas no Serviço de Consulta Externa de Pediatria .....	56

4.3	Análise Reflexiva das Atividades Desenvolvidas no Serviço de Internamento de Pediatria.....	58
4.4	Análise Reflexiva das Atividades Desenvolvidas na Unidade de Cuidados na Comunidade.....	61
5.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS .....	65
5.1	Análise Reflexiva Sobre Competências Comuns de Enfermeiros Especialistas .....	65
5.2	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.....	67
5.3	Competências de Mestre .....	69
6.	CONCLUSÃO .....	71
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	73

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS .....	LXXX
ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética .....	LXXXI
ANEXO II - Questionário utilizado e aplicado aos alunos do 5ºano de uma Escola do distrito de Beja.....	LXXXII
ANEXO III - Filme elucidativo aos malefícios do tabaco.....	LXXXV
ANEXO IV - Modelo de Avaliação da Sessão de Formação .....	LXXXVI
ANEXO V - Certificados de Participação em Congressos .....	LXXXVII
ANEXO VI - Certificado Suporte Avançado de Pediátrico .....	LXXXIX

## ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICES .....	XC
APÊNDICE A – Tabelas de análise de dados .....	XCI
APÊNDICE B - Cronograma do Projeto .....	XCVI
APÊNDICE C - Pedido de autorização para realização de sessões de educação para a Saúde à Exm <sup>a</sup> Sr <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Diretora de um Agrupamento de Escolas do distrito de Beja.....	XCVII
APÊNDICE D - Consentimento Informado para os pais/ Encarregados de Educação dos alunos do 5º ano de uma Escola do Distrito de Beja.....	XCVIII
APÊNDICE E - Pedido de autorização para a aplicação do Questionário ao Senhor Professor José Precioso.....	XCIX
APÊNDICE F - Avaliação da sessão “TU ESCOLHES” .....	C
APÊNDICE G - Folha de presenças dos alunos que participaram na sessão .....	CII
APÊNDICE H - Apresentação power point da sessão “TU ESCOLHES” .....	CIII
APÊNDICE I – Jogos lúdico pedagógicos sobre hábitos de vida saudáveis sem tabaco ....	CVIII
APÊNDICE J - Marcador de livros “ TU ESCOLHES” .....	CXV
APÊNDICE K - Plano da sessão a especificar as atividades.....	CXVI
APÊNDICE L - Sessão formativa sobre a “Entrevista ao Adolescente” .....	CXVII
APÊNDICE M - Panfleto “Suicídio na Adolescência” .....	CXXII
APÊNDICE N - Kit com material de apoio às consultas de Saúde Infantil e de Neonatologia.....	CXXII

APENDICE O - Guia de Bolso de apoio às consultas de Saúde Infantil contendo as fases de desenvolvimento dos 0 aos 5 anos .....	CXXIV
APÊNDICE P – Atividades desenvolvidas nos campos de Estágio e Competências Adquiridas.....	CXXV
APÊNDICE Q - Resumo da Revisão Integrativa “Suicídio na Adolescência” .....	CXXVIII

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Idade de experimentação do tabaco - 8ºano .....	30
Figura 2 - Logotipo do projeto “Educar para comportamentos de vida saudáveis na adolescência- Prevenção do Tabagismo”.....	46

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição dos participantes por sexo.....	39
Gráfico 2 - Distribuição dos participantes por idade.....	40
Gráfico 3 - Distribuição dos dados sociodemográficos em relação ao agregado familiar.....	40
Gráfico 4 - Distribuição do grau de escolaridade da mãe.....	41
Gráfico 5 - Distribuição do grau de escolaridade do pai.....	41

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Objetivos, Indicadores de Resultado e Metas do pro- jeto.....	43
Quadro 2 - Avaliação do número de alunos presentes na sessão.....	50
Quadro 3 - Avaliação do número de alunos que adquiriram conhecimentos sobre a importância da influência social na iniciação do consumo de tabaco.....	50
Quadro 4 - Avaliação do número de alunos que participaram nas atividades lúdico pedagógicas.....	51
Quadro 5 - Avaliação do número de Enfermeiros presentes na formação.....	51



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº1 - Distribuição do número de pais que fumam.....	XCII
Tabela nº2 - Distribuição do número de mães que fumam.....	XCII
Tabela nº3 - Distribuição do número de irmãos que fumam.....	XCII
Tabela nº4 - Distribuição do número de pais que fumam dentro de casa.....	XCIII
Tabela nº5 - Distribuição do número de mães que fumam dentro de casa.....	XCIII
Tabela nº6 - Distribuição do número de irmãos que fumam dentro de casa.....	XCIV
Tabela nº7 - Distribuição do local que os pais fumam dentro de casa.....	XCIV
Tabela nº8 - Distribuição do local que as mães fumam dentro de casa.....	XCV
Tabela nº9- Distribuição do local que os irmãos fumam dentro de casa.....	XCV
Tabela nº 10 – Distribuição das regras relativas a fumar dentro de casa.....	XCVI
Tabela nº 11- Distribuição das regras relativas ao fumar no carro.....	XCVI

# 1. INTRODUÇÃO

O relatório surge no âmbito da Unidade Curricular [UC] Relatório, referente ao 2º ano 1º semestre, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. É a síntese de todo o nosso percurso ao longo destes 18 meses de formação teórica e prática, que nos permitiu adquirir competências e desenvolver capacidades como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP] e Mestre.

A elaboração do relatório tem como finalidade a aquisição dos seguintes objetivos:

- Evidenciar capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica;
- Fundamentar as escolhas com base na teorização e na evidência científica;
- Descrever e avaliar o desenho e a implementação de projeto de intervenção;
- Apresentar um relatório para provas públicas.

(Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, 2018).

De acordo com Ferrito “a prática baseada na evidência permite-nos prestar cuidados de Enfermagem de qualidade visando a saúde e o bem-estar dos clientes. Reconhece-se a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da Enfermagem, proporcionando a tomada de decisões adequadas para prestar os melhores cuidados aos clientes. A investigação permite desenvolver e consolidar os conhecimentos, constituindo-se como um contributo para a visibilidade dos cuidados de Enfermagem” (Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7ºCLE, 2010, p. 35).

Em concordância com o supracitado a especificidade da profissão de enfermagem, exige hoje que o enfermeiro seja detentor de conhecimentos e saberes técnicos e científicos, para responder aos desafios que enfrenta no seu quotidiano. Desta forma, a formação inicial em enfermagem, torna-se cada vez mais insuficiente, para responder aos desafios que os profissionais enfrentam diariamente. Assim, após uma formação inicial que permite a obtenção das qualificações necessárias para um desempenho profissional, surgem novamente necessidades de atualização e aperfeiçoamento, que permitam o acompanhamento do progresso tecnológico e científico, necessários para garantir uma competência permanente. O desafio para as práticas profissionais, nomeadamente para a prática de enfermagem é o desenvolvimento de bases de conhecimentos focaliza-

das na prática baseada na evidência de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Craig, J & Smyth, R, 2004).

Neste sentido foi importante a realização do Mestrado em Enfermagem na área da Saúde Infantil e Pediátrica, sendo que foi sentida a necessidade de atualizar conhecimentos e adquirir competências nesta área. Os estágios realizados nos Serviços de urgência pediátrica, internamento de pediatria, consultas externas de pediatra, unidade de cuidados na comunidade, foram importantes para a aquisição de competências como Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica [EESIP]. O Enfermeiro ao longo de todo o seu percurso profissional deverá prestar cuidados diferenciados e de excelência à criança/jovem e família. “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, persegue os mais elevados níveis de satisfação da criança/jovem, tendo em conta a parceria de cuidados estabelecida com os pais ou pessoa significativa/prestador informal de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017, p.5).

Definimos como objetivos gerais para este Relatório:

- Apresentar as Competências adquiridas e desenvolvidas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica preconizadas no Regulamento n.º 422/2018;
- Elaborar um projeto de intervenção na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

No sentido de se desenvolverem os objetivos propostos foi planeado e implementado o projeto de intervenção “Educar para comportamentos de vida saudáveis na adolescência - prevenção do tabagismo”. Tema escolhido pela elevada prevalência do consumo de tabaco nos adolescentes (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017). Vários estudos demonstram que o consumo de tabaco tem consequências graves para a saúde imediatas e também a longo prazo, sendo um importante fator de risco para variadas doenças como a doença cardiovascular e diversos tipos de cancro (incluindo, por exemplo, cancro bexiga, cancro do rim e cancro do pulmão) (DGS, 2017). “O tabagismo provoca atraso na maturação pulmonar e reduz a função respiratória, agrava a asma e reduz a aptidão física em termos de desempenho e resistência” (DGS, 2017, p. 9).

A World Health Organization [WHO] refere que o consumo de tabaco é uma das maiores ameaças à saúde pública, matando mais de 7 milhões de pessoas por ano. Mais de 6 milhões dessas mortes são o resultado do uso direto do tabaco, enquanto 890.000 pessoas morrem devido

à exposição passiva do fumo do tabaco (WHO, 2017). Em Portugal morreram no ano de 2016, 11800 pessoas por doenças provocadas pelo consumo de tabaco (DGS, 2017).

Desde a década de 80 que se tem implementado medidas de prevenção no consumo do tabaco, apesar de todos os esforços implementados, quer em Portugal quer a nível mundial, o tabagismo continua a ser um dos mais importantes fatores evitáveis de doenças crónicas não transmissíveis e de mortalidade precoce “ Fumar diminui a fertilidade. Embora o tabaco represente uma forte ameaça à saúde pública, a iliteracia em saúde, os interesses económicos associados ao setor, as estratégias de lobbying e de marketing comercial e a aceitação social do consumo constituem fortes entraves à adoção de medidas de prevenção e controlo de reconhecida eficácia” (DGS, 2017, p. 5).

Pedro, Amaral & Escoval referem que muitos estudos têm vindo a comprovar que “um nível inadequado de literacia em saúde pode ter implicações significativas nos resultados em saúde, na utilização dos serviços de saúde e, consequentemente, nos gastos em saúde” (Pedro, Amaral & Escoval, 2016, p. 259).

É urgente promover o aumento de literacia em saúde, nomeadamente nos hábitos de vida saudáveis sem tabaco.

A população alvo escolhida incidia nos alunos entre os 10-12 anos do 5º ano de uma Escola do distrito de Beja, uma vez que a idade de experimentação é aos 13 anos. “A idade de experimentação do tabaco pelos adolescentes é a partir dos 13 anos de idade” (DGS, 2016, p. 45).

O projeto seguiu a Metodologia de projeto, que tem como objetivos, resolver e estudar um problema, sendo este problema uma preocupação para quem o realiza. O Trabalho de projeto é uma metodologia, um conjunto de técnicas, procedimentos que serão utilizados para estudar a melhor forma de resolver o problema (Ferrito, et al., 2010).

É de ressaltar ainda que, através da metodologia de trabalho de projeto se “adquirem capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real” (Ferrito et al., 2010, p. 3). “Sendo um elemento importante dentro da investigação para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem” (Ferrito et al., 2010, p. 34).

Nesta linha da metodologia de projeto delineámos o objetivo geral e os objetivos específicos do projeto por nós planeado e implementado:

Objetivo geral:

- Capacitar os alunos do 5ºano de uma escola do distrito de Beja para a adoção de hábitos de vida saudáveis sem tabaco.

Objetivos específicos:

- Ampliar os conhecimentos sobre o tabaco e seus malefícios aos alunos do 5º ano de uma escola do distrito de Beja;
- Fundamentar a importância da influência social na iniciação do consumo de tabaco aos alunos do 5º ano de uma escola do distrito de Beja;
- Promover atividades lúdico pedagógicas que visam a promoção de hábitos de vida saudáveis sem tabaco aos alunos do 5º ano de uma escola do distrito de Beja.

De forma a justificar a importância da realização e implementação deste projeto, foi tido por base o Plano Nacional de Saúde [PNS], o Programa Nacional Prevenção e Controlo do Tabagismo [PNPCT] e o Programa Nacional de Saúde Escolar [PNSE]. No âmbito do PNS, destaca-se o tabagismo como problema de saúde pública, sendo criado o PNPCT com carácter prioritário (DGS, 2013a). Este plano define como objetivos específicos "Prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens" (DGS, 2017, p. 21). Através da PNPCT é possível também ter acesso a diversas atividades implementadas a nível nacional, no combate ao tabagismo, "Vigilância Epidemiológica e Monitorização, Cooperação e Relações Internacionais, Prevenção, Apoio à Sociedade Civil e Comunicação, Diagnóstico e Tratamento" (DGS, 2017, p. 22-23). A escola encontra-se numa posição ideal para promover e manter estilos de vida saudáveis sem tabaco para a comunidade educativa e comunidade envolvente (DGS, 2015a). O PNSE tem assim como finalidade "Contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens" (DGS, 2015a, p.4). Apela a uma "congregação de esforços de todos os profissionais e serviços envolvidos na sua implementação, no sentido de obter, de forma eficaz, maiores ganhos em saúde, através da promoção de contextos escolares favoráveis à adoção de estilos de vida mais saudáveis e

à melhoria do nível de literacia para a saúde da comunidade educativa” (DGS, 2015a, p.1). Das atividades implementadas pelo PNSE, destacamos o apoio no desenvolvimento de projetos na área da promoção da saúde, nomeadamente na prevenção do consumo de tabaco (DGS, 2015a).

Delineámos atividades junto da comunidade escolar, onde realizámos uma sessão de educação para a saúde. Tendo o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria um papel crucial na promoção da saúde podendo intervir, através de projetos de intervenção que visem contribuir para a adoção de comportamentos de vida saudáveis sem tabaco, capacitando os adolescentes para tomada de decisões saudáveis e responsáveis nas suas escolhas. Foi escolhido nesse sentido a Educação para a Saúde como estratégia de intervenção, tendo como base a Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

Este relatório encontra-se estruturado em seis partes, após a introdução, será abordado o enquadramento teórico onde será feito uma descrição de conceitos sobre adolescência, bem como a adolescência e o consumo de tabaco. Será realizada também uma abordagem ao papel da Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na prevenção do consumo de tabaco. O modelo de Nola Pender foi o utilizado como modelo de promoção da saúde. Posteriormente será feita uma análise do projeto de intervenção onde são abordadas as diferentes fases que o constituem. E por fim será realizada uma análise Reflexiva do Percurso formativo bem como uma análise Reflexiva sobre as competências adquiridas e desenvolvidas e a conclusão do relatório.

O relatório segue as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e as referências bibliográficas estão de acordo com a Norma da *American Psychological Association* [APA] – 6ª edição.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo WHO o consumo de tabaco é uma das maiores ameaças à saúde pública, mata mais de 7 milhões de pessoas por ano. Mais de 6 milhões dessas mortes resultam do uso direto do tabaco, enquanto 890.000 pessoas morrem devido à exposição passiva do fumo do tabaco (WHO, 2017).

No ano de 2016, morreram em Portugal, mais de 11800 pessoas, por doenças diretamente relacionadas com o consumo de tabaco, o que corresponde, em termos estatísticos a morte de uma pessoa a cada 50 minutos (DGS, 2017).

Devido ao elevado número de mortes causadas pelo consumo excessivo do tabaco, torna-se necessário, adotar medidas com o intuito de proteger as gerações atuais e futuras, das consequências sociais, ambientais, económicas e de saúde provocadas por este consumo (DGS, 2013a).

São vários os documentos na área da saúde que fundamentam a necessidade de intervir ao nível desta problemática, constituindo assim, uma área prioritária de intervenção.

Tal como expresso na Declaração Mundial de Saúde, a política global de saúde para todos deveria ter efeito nas políticas e estratégias regionais e nacionais, a “**Saúde 21**” é a resposta da União Europeia a essa solicitação (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2002). O documento “Saúde 21” contempla vinte e uma metas que reúnem um conjunto de orientações estratégicas, que têm como objetivo promover a saúde para todos, através da promoção e proteção da saúde das populações ao longo do ciclo vital, bem como, através da redução da incidência das principais doenças e lesões e através do alívio do sofrimento que as causa (OMS, 2002). No enquadramento do presente trabalho faz sentido referir algumas metas que orientam o mesmo:

### **Meta 4: Saúde para os jovens**

“As decisões políticas do setor público devem ser revistas de modo a evitar impacto negativo na saúde das crianças e dos adolescentes” (OMS, 2002, p.14). Cabe a nós, enquanto enfermeiros, implementar políticas que visem minimizar os efeitos negativos de determinados fatores na saúde dos jovens, como por exemplo, incentivo à adoção de dieta rica em frutas, vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas, e políticas antitabágicas (OMS, 2002).

### **Meta 8- Reduzir as doenças não transmissíveis**

“As doenças cardiovasculares (...) são uns dos maiores problemas de saúde da Região Europeia” (OMS, 2002, p. 16). A presente meta evidencia a importância de incidir na redução dos fatores de risco que potenciam a doença: Tabaco, alimentação não saudável, exercício físico insuficiente, uso de álcool e stress. “ Uma grande parte destes problemas poderia ser eliminada se todos os países organizassem, tanto a nível nacional como local, um programa integrado de redução de fatores de risco comuns a muitas destas doenças” (OMS, 2002, p. 16).

### **Meta 11- Uma vida mais saudável**

Esta meta pretende incentivar, tal como o nome indica, estilos e opções de vida saudáveis, com o objetivo primordial de diminuir a probabilidade de incidência da hipertensão, potencializando assim os ganhos em saúde. Esta meta refere-nos que “a educação para a saúde não é por si só suficiente para resolver com sucesso os problemas alimentares e de saúde” (OMS, 2002, p. 19), ou seja, é necessário delinear estratégias que incentivem a mudança de comportamentos, bem como a adesão aos programas de saúde (OMS, 2002).

### **Meta 12 – Reduzir os malefícios do álcool, das drogas e do tabaco**

“O tabaco é a maior ameaça à saúde, na região Europeia” (OMS, 2002, p. 19). “A legislação eficaz reduz o consumo de tabaco. Cinco anos após a introdução da Lei Evin, na França, que proibiu a propaganda de cigarros, locais públicos livres de fumo criados e aumento dos preços, o consumo de cigarros caiu em 16%” (OMS, 2002, p. 20). Apresenta - se como responsável por um grande número de doenças evitáveis como doenças cardiovasculares, cancro, doença pulmonar obstrutiva crónica e asma.

### **Meta 13- Locais saudáveis**

“Escolas, alunos, pais e professores – (...) apoiados pelos seus concelheiros de saúde deveriam analisar, juntos, as suas oportunidades de saúde, projetar programas de intervenção e avaliar resultados. Todas as crianças devem ter o direito de ser educados numa escola que promova a saúde e que integre as questões de saúde numa abordagem abrangente, o que permite às escolas promover a saúde física, emocional, social dos estudantes, funcionários e comunidade em geral” (OMS, 2002, p.21).



## **Meta 14: Responsabilidade Multisectorial para a Saúde**

“Para uma abordagem efetiva do desenvolvimento da saúde é necessário que todos os sectores da sociedade sejam responsabilizados pelo impacto na saúde das suas políticas e programas e reconheçam os benefícios que podem ter se promoverem e protegerem a sua saúde” (OMS, 2002, p.22). É importante, para além de projetos e programas desenvolvidos no âmbito da educação para a saúde, haja um trabalho multisectorial, que sejam desenvolvidas políticas antitabágicas e criadas leis para proteger a saúde da população (OMS, 2002).

## **Meta 15: Um Setor de Saúde Integrado**

“Orientar o sector da saúde para assegurar melhores ganhos de saúde, equidade e a relação custo-eficácia na saúde” (OMS, 2002, p.23). Apostar em cuidados de saúde primários, mais próximos e acessíveis a toda a população, com um forte ênfase na prevenção da doença permite, não só ter populações mais saudáveis como ainda reduzir custos (OMS, 2002).

Referindo ainda, políticas de saúde a nível mundial, destaca-se o pacote de políticas “mpower”, inserido no Plano de Ação da Organização Mundial de Saúde para Prevenção e Controlo de Doenças não Transmissíveis, consiste num plano de medidas que visam reverter a epidemia de tabagismo. Este plano assenta em 6 objetivos chave: “Monitor- Monitorizar o uso de tabaco e políticas de prevenção; Protect – Proteger a população contra o fumo do tabaco; Offer – Oferecer ajuda para a cessação de hábitos tabágicos; Warn – Alertar sobre os perigos do tabaco; Enforce – Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio; Raise – Aumentar os impostos sobre o tabaco” (OMS, 2008, p. 4).

Realçamos dois dos seis objetivos enunciados anteriormente, uma vez que estes objetivos se inserem no trabalho desenvolvido. “Warn- Advertir sobre os perigos do tabaco, uma vez que assenta maioritariamente na educação e capacitação dos jovens para que tomem decisões promotoras de saúde, e no objetivo “Monitor -Monitorizar o uso de tabaco e políticas de prevenção, dado que o relatório irá incidir na prevenção do consumo de tabaco” (OMS, 2008, p. 4).

A OMS em 1999, criou a Convenção Quadro afim do Controlo do Tabaco, um acordo assinado por 179 países incluindo Portugal. Este acordo visa “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e económicas geradas pelo consumo e pela exposição ao fumo do tabaco (...)” (DGS, 2013a, p.16). O Governo Português

aprova a Convenção Quadro da OMS para o Controlo do tabaco a 21 de Maio em Genebra no ano 2003 (Decreto nº 25-A/05 de 8 de novembro de 2005).

As medidas acordadas com a aprovação desta Convenção em Portugal impõem um esforço coletivo, onde são envolvidos todos os sectores da governação com destaque para o Ministério da Economia e Emprego, Ministério da Educação e Ciência, Instituto do Desporto e Juventude, com o principal objetivo de criar condições para um futuro mais saudável, sem tabaco para todos (DGS,2013a).

Para além do fundamento Europeu, o presente trabalho encontra também fundamentação a nível nacional. Se nos reportarmos ao PNS facilmente percebemos que o consumo e exposição ao tabaco, surge como um dos problemas de saúde pública prioritários, propondo para 2020 a "redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente o consumo e exposição ao tabaco" (DGS, 2015b, p.4).

O PNS propõe 4 metas para 2020, de acordo com o tema abordado podemos integrar 3 das 4 metas:

#### **A. Reduzir a mortalidade prematura ( $\leq 70$ anos), para um valor inferior a 20%**

“Esta meta alinha-se com o compromisso nacional na Resolução da OMS-Euro de 2012 (RC62-01) de redução em 25% a mortalidade referente a doenças não transmissíveis (atribuível às doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas) ” (DGS, 2015b, p. 10). A redução do número de consumidores de tabaco levará a uma diminuição da mortalidade prematura associada a doenças não transmissíveis, uma vez que o número de mortes relacionadas ao consumo de tabaco tem aumentado nas últimas décadas (DGS, 2015b).

#### **B. Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%.**

Uma atuação a nível da prevenção do consumo de tabaco contribuirá para uma vida mais saudável, uma vez que o tabaco é o principal responsável por muitas doenças incapacitantes. Desta forma, uma vida sem tabaco será uma vida mais saudável (DGS, 2015b).

**C. Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com  $\geq 15$  anos e eliminar a exposição a fumo ambiental.**

“O consumo de tabaco constitui um dos comportamentos de risco com mais impacto na população portuguesa” (DGS, 2015b, p. 12). Constitui-se como um dos objetivos do presente trabalho dotar os jovens de competências e capacitá-los para tomarem decisões positivas para a sua saúde que passam por renunciar ao consumo de tabaco.

Ao reconhecer urgência na resolução deste problema, a DGS criou o Programa Nacional de Controlo do Tabagismo, que reflete um conjunto de metas e objetivos a atingir para melhorar o estado de saúde da população. Entre as metas que constam no programa anteriormente referido destacamos as seguintes:

**A. “Reduzir a prevalência de fumadores na população com  $\geq 15$  anos para menos de 17%”** (DGS, 2017, p. 21).

**C. “Eliminar a exposição ao fumo ambiental”** (DGS, 2017, p. 21).

No que diz respeito à promoção da saúde em meio escolar, foi criado um documento orientador das políticas nacionais, operacionalizado no PNSE. O PNSE tem como finalidade "Contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens" (DGS, 2015a, p.3). O PNSE apela a uma “congregação de esforços de todos os profissionais e serviços envolvidos na sua implementação, no sentido de obter, de forma eficaz, maiores ganhos em saúde, através da promoção de contextos escolares favoráveis à adoção de estilos de vida mais saudáveis e à melhoria do nível de literacia para a saúde da comunidade educativa” (DGS, 2015a, p.3).

Sendo as crianças em idade escolar a população alvo da nossa sessão de educação para a saúde importa também realçar o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ], onde são preconizadas intervenções que visam a concretização de um conjunto vasto de objetivos, tendo em vista a obtenção contínua de ganhos em saúde:

- "Detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente" (DGS, 2013b, p.9);

- "Promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação das crianças e dos jovens, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, prevenindo situações disruptivas ou de risco acrescido e promovendo a equidade de género" (DGS, 2013b, p.10).

A nível regional existe o Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais (2015), um documento que apresenta informação sobre os perfis de saúde e os planos de saúde dos diferentes níveis de organização dos cuidados de saúde do país e traça estratégias para uma intervenção adequada às necessidades da população.

No Baixo Alentejo, os principais problemas de saúde estão intimamente ligados quer ao envelhecimento populacional existente, quer a hábitos e estilos de vida não promotores de saúde como o sedentarismo, o tabagismo, entre outros (DGS, 2015c).

Com base em todas estas orientações e programas torna-se pertinente a seguinte contextualização teórica.

## **2.1 Comportamentos de Risco na Adolescência**

A adolescência pode ser definida como uma etapa de desenvolvimento e de maturação entre a infância e a idade adulta (Guerreiro, D & Sampaio, D, 2013). Esta fase é caracterizada por um conjunto de alterações a nível social, cognitivo e físico, ocorrem transformações corporais e familiares, que podem originar dificuldades e conflitos relacionados com essas mesmas transformações. No entanto também é uma fase de sonhos, experiências, ideias e projetos (Hockenberry, M & Wilson, D, 2014). Celeste Simões (2010) reforça que “nos dias de hoje, a adolescência é um período alongado, que se estende até à terceira década de vida, em que o adolescente vive com os pais” (p.2). Subdivide-se em três fases: a adolescência inicial (11 aos 14 anos), a adolescência intermédia (15 aos 17 anos) e a adolescência tardia (18 aos 20 anos). Enquanto na adolescência inicial surgem as alterações pubertárias e as reações a essas mudanças, na adolescência intermédia há uma grande pressão para imitar o comportamento dos pares e um grande interesse por música, tecnologia, roupa e aparência, linguagem e comportamento e na adolescência tardia são assumidos papéis de uma vida adulta (Hockenberry, M & Wilson, D, 2014). Cordeiro des-

perta-nos para o facto de haver muitas vezes indireta ou diretamente uma certa tendência para generalizar este grupo etário (10-19 anos), como se este período da vida fosse igual para todos, referindo que há tantos Adolescentes como Adolescências. O mesmo autor refere-nos: “... que existe uma fase caracterizada por grandes mudanças físicas e biológicas, psicológicas e intelectuais. Uma fase com alguns riscos e com alguma carência de fatores de proteção e de resiliência e sabedoria. Uma fase de uma normal instabilidade, de saudáveis dúvidas, de reconfortantes angústias, de desejáveis abanões afetivos” (Cordeiro, 2009, p.28).

Na adolescência muitos dos jovens são defrontados com a crise de desenvolvimento, acompanhada de dificuldades e papéis mal resolvidos, bem como estilos de vida que são adotados. Muitos jovens, adaptam-se com facilidade a esta nova fase de vida, mas outros têm maiores dificuldades para enfrentar as novas exigências e desafios que esta nova fase oferece, o que pode potenciar situações de crise e de grande vulnerabilidade (Hockenberry, M & Wilson, D, 2014).

A relação pais filhos pode vir a influenciar o comportamento do adolescente, a família pode assim constituir um fator de adversidade ou proteção no que respeita aos processos de saúde e doença dos seus membros (Figueiredo, 2009). Para Pratta & Santos (2007) “A falta de diálogo no ambiente familiar pode, portanto, acarretar ou, em certos casos, acentuar algumas dificuldades, principalmente em termos de relacionamento, podendo afetar até mesmo o bem-estar e a saúde psíquica dos adolescentes” (Pratta & Santos, 2007, p. 253). Durante a adolescência, as relações pais-filhos mudam de proteção-dependência para afeição e igualdade mútuas. À medida que os adolescentes conquistam os seus direitos e privilégios de adultos, criam por vezes um ambiente conflituoso com os pais, há resistência ao controle dos pais e deixa de haver a total dependência de filhos-pais, os adolescentes deixam de confiar nos pais para confiar nos amigos. É nesta fase que o grupo de amigos serve como forte apoio (Hockenberry, M & Wilson, D, 2014).

Os pares são os modelos de comportamentos sociais, fazer parte de um grupo tem efeitos benéficos para os jovens, aumenta a sua autoestima, melhora o desenvolvimento escolar, proporciona maior socialização e resolução de conflitos. No entanto, o facto de pertencer a um grupo pode ter também efeitos negativos, este pode ser estimulador no consumo de substâncias ou comportamentos violentos. Muitos autores referem que a influência dos grupos é caracterizada como das principais causas de iniciação de consumos na adolescência (Hockenberry, M & Wilson, D, 2014).

Dados recolhidos por Eurobarómetro (2012), revela-nos que dos jovens inquiridos 82% dos portugueses referem ter iniciado o consumo do tabaco uma vez que os amigos também o faziam (European Commission, 2012). Precioso (2004) num estudo realizado aos estudantes universitários portugueses revelou que grande parte dos alunos que fumavam iniciou o primeiro consumo durante o ensino básico e secundário. Referem que o fizeram por curiosidade, por desejo de experimentar ou por influência dos amigos (Precioso, 2004).

O Alentejo apresenta a maior prevalência de experimentação (68,4%) e de consumo (49,4%) (DGS, 2017). “Nos últimos 12 meses, os cigarros foram o produto de tabaco mais consumido pelos adolescentes e jovens (29,8%) ” (DGS, 2017, p. 9).

Podemos assim dizer que o grupo de pares pode influenciar o comportamento do adolescente de uma forma responsável, contribuindo para um desenvolvimento saudável, como também pode levar a adoção de comportamentos de risco, como a iniciação ao consumo do tabaco.

Face ao descrito anteriormente, torna-se pertinente a contextualização teórica descrita no sub-capítulo seguinte.

## **2.2 A Adolescência e o Consumo de Tabaco**

O Tabaco é geralmente, “a primeira droga a ser usada pelos adolescentes que mais tarde vêm a consumir álcool e outras drogas. Apesar da gravidade desta conduta, trata-se de um comportamento cada vez mais difundido e em expansão, especialmente entre os jovens” (Precioso, J. Macedo, M. Rebelo, L. 2007, p. 83).

É na adolescência que o individuo está mais suscetível à iniciação do consumo de tabaco. É uma fase de construção da sua personalidade, passa por dúvidas, contradições, estando exposto a uma série de fatores que por vezes ainda não está preparado para lidar e enfrentar (Girón, Souza & Fulco, 2010).

São vários os fatores que influenciam os adolescentes para a iniciação no consumo de tabaco, a curiosidade, conflitos familiares, o desejo de pertencer e ser aceite no grupo havendo a influência de amigos, a necessidade de autoafirmação e a influência de publicidade, são fatores importantes para que o adolescente se torne dependente do cigarro (Girón, Souza & Fulco, 2010).

O estudo *Health Behaviour in School-aged Children* [HBSC] (2014), refere que a idade, em média, da experimentação de tabaco ocorre aos 13 anos. No mesmo estudo, dos jovens inquiridos (3773 jovens do 8º e 10º anos), 22,2% referem já ter experimentado o consumo de tabaco e destes 35,4% referem consumir tabaco diariamente, são os jovens mais velhos (10º ano) os que mais fumam diariamente (Matos, Simões, Camacho & Reis, 2014).

O uso do tabaco é um hábito adquirido muito cedo na vida dos jovens (DGS, 2017). O estudo ECATD-CAD (Estudo sobre consumos de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências), de âmbito europeu, diz-nos que 14,1% dos jovens com 13 anos, já tinham consumido tabaco (13,4% rapazes e 14,5% raparigas) (DGS, 2018). “Referindo também que 1,9% dos jovens inquiridos consumiram o primeiro cigarro aos 10 anos de idade, 10,9 % entre os 10 e os 12 anos e 1,3% aos 13 anos” (DGS, 2018, p.51).

De acordo com a DGS a idade de experimentação do tabaco pelos adolescentes é a partir dos 13 anos, como podemos verificar na figura 1.

**Figura 1-** Idade de experimentação do tabaco

	Idade de experimentação(*)			
	≤ 11 anos	12 anos	13 anos	≥ 14 anos
8.º ano	23,6	28,2	33,9	14,2

**Fonte:** Direção-Geral da Saúde, Portugal Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números 2015 (pág. 45).

Apesar da proibição de venda de tabaco a menores, os jovens com 15 anos de idade consideraram que é fácil, ou muito fácil, o acesso aos produtos do tabaco (DGS, 2016).

A maior prevalência de experimentação foi observada no Alentejo (68,4%) e na Região dos Açores (65,5%) e a menor nas regiões da Madeira (59,5%) e de Lisboa (60,7%) (DGS, 2016).

A prevenção da iniciação do consumo de tabaco entre os adolescentes e os jovens é crucial no controlo da “epidemia tabágica” nas próximas gerações (DGS, 2013a).

É crucial a intervenção da enfermagem, tornando-se importante prevenir este consumo antes dos jovens entrarem na fase da adolescência. A escola tem uma grande importância na vida dos seus alunos, a educação passa assim por muito mais do que ensinar os conteúdos disciplinares. Esta tem a missão de formar cidadãos e ajudar na promoção da construção de saberes, competências, valores e atitudes para a vida em sociedade. A sociedade é hoje caracterizada por uma grande diversidade de indivíduos que convivem e partilham espaços comuns, sendo um desses espaços a escola (Lourenço, S, 2009).

Face ao descrito anteriormente é fulcral destacar a importância das competências do EEESIP na prevenção do tabagismo em meio escolar, o que iremos abordar no subcapítulo seguinte.

### **2.3 As Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica na Prevenção do Tabagismo em Meio Escolar**

O Enfermeiro em Pediatria é responsável pela promoção da saúde e do bem-estar da criança e da família. Independentemente da formação, experiência e objetivos pessoais, o Enfermeiro em Pediatria tem sempre como principal preocupação o bem-estar da criança e da família (Hockenberry, M & Wilson, D, 2014).

É importante ressaltar no que concerne às competências do EEESIP, estipuladas pela OE, que este deve **assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específi-**



**cos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem** (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho de 2018 da OE, 2018).

Muitas famílias não estão preparadas para ao início da adolescência e defrontam-se muitas vezes com problemas associados, sem que consigam resolvê-los. O enfermeiro especialista detém o dever de orientar e apoiar os pais na adoção de medidas e comportamentos promotores da saúde e bem-estar da criança em detrimento de práticas que possam ser prejudiciais à saúde das mesmas desenvolvendo, deste modo, as competências parentais (Lourenço, 2015). O EESIP tem a capacidade de poder promover a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho de 2018 da OE, 2018).

O meio escolar é um local privilegiado para podermos atuar ao nível da promoção da saúde onde o enfermeiro no seu papel promotor da saúde pode trabalhar conjuntamente com a família e a criança. Pode intervir através da realização de projetos de intervenção, que visem contribuir para hábitos de vida saudáveis. A realização de projetos de intervenção enquadra-se nas funções do EESIP, o qual “ Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho de 2018 da OE, 2018, p. 19193).

O projeto de intervenção intitulado "TU ESCOLHES" foi planeado e implementado no Estágio final com o objetivo de capacitar os alunos do 5º ano da turma B de uma escola do distrito de Beja para hábitos de vida saudáveis sem tabaco. Tivemos por base os programas PNS, PNSE e PNPCT. O PNSE propõe uma relação de proximidade entre escola, encarregados de educação e centro de saúde, “A prevenção do tabaco, em meio escolar, tem maior efetividade quando a abordagem é global, envolve a comunidade educativa como um todo, promove relações positivas e um clima de escola favorável é fundamental priorizar intervenções com caráter de continuidade, pedagogicamente adequadas ao nível de ensino e baseadas na evidência científica” (DGS, 2015a, p. 29).

Para a definição da estratégia mais adequada, foi tomado em consideração o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender que iremos abordar no subcapítulo seguinte.

No processo de capacitação, a Saúde Escolar contribui para elevar o nível de literacia para a saúde, incentiva a diversidade das práticas e envolve toda a comunidade educativa em torno de um objetivo comum (DGS, 2015a). Neste sentido a Saúde Escolar deve estar atenta ao consumo

de tabagismo no contexto escolar, de forma a sensibilizar a comunidade educativa para importância da sua prevenção. Devendo apoiar projetos de intervenção no âmbito da prevenção deste consumo. A prevenção do tabagismo nos adolescentes é uma das formas mais eficaz para prevenir a sua iniciação. Tem sido referenciada em vários estudos como método bastante eficaz. A interação dos profissionais de saúde neste projetos é importante, seja na realização de sessões de educação como na capacitação dos pais para estarem mais alerta sobre esta problemática (Hockenberry, M & Wilson, D, 2014).

## **2.4 O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender**

A definição mais utilizada para promoção de saúde foi adotada na Carta de *Ottawa* em 1986, e refere-se ao processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde no sentido de a melhorar (WHO, 1986).

Diversos autores designam a Promoção da Saúde como um processo que capacita as pessoas para aumentarem o controlo sobre os determinantes que afetam a sua saúde, de modo a conseguir melhorá-la (Nutbeam, 1998).

A integração das ciências de enfermagem e da promoção de saúde surgem no modelo proposto por Nola Pender em 1982. Este denomina-se Modelo da Promoção de Saúde.

Segundo Pender, o conceito de promoção da saúde é entendido como as atividades direcionadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa (Pender, Murdaugh, Parsons, 2011). Este modelo inclui quatro elementos que são fundamentais na eficácia da saúde, a saúde, o ambiente, a pessoa e a enfermagem (Pender, Murdaugh, Parsons, 2011). O termo saúde” é visto sob os aspectos individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar” (Victor, J. Lopes, M. & Ximenes, L. 2005, p. 238). O Ambiente “deve ser compreendido como resultado das relações entre individuo e seu acesso a recursos de saúde, sociais e económicos, relatando que esta relação proporciona um ambiente saudável” (Victor et al., 2005, p. 238). Sendo a pessoa definida como um ser capaz de tomar decisões resolvendo dessa forma os seus problemas, no sentido de apostar

comportamentos de saúde saudáveis (Victor et al., 2005). Por fim o conceito de Enfermagem surge” relacionado às intervenções e estratégias que a enfermeira deve dispor para o comportamento de promoção da saúde” (Victor et al., 2005, p. 238).

Para além do referido anteriormente o Modelo de Promoção de Nola Pender é também ele composto por três componentes, sendo elas: Características e experiências individuais, sendo esta componente relacionada com a mudança de comportamento e de fatores pessoais.

Sentimentos e Conhecimentos esta relacionada com comportamento que se quer alcançar, na forma de compreender os benefícios e barreiras para a ação, os comportamentos em relação às influências interpessoais e situacionais (Victor et al., 2005). Resultado de Comportamento abrange o compromisso com o plano de ação,” ações que possibilitem o individuo a manter-se no comportamento da promoção da saúde esperado” (p. 238) “ exigências imediatas e preferências, “ (p. 238) as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas” e comportamento de promoção da saúde, “ resultado da implementação do Modelo de Promoção da saúde” (Victor et al., 2005, p. 238).

O Modelo de Promoção da Saúde, proposto por Nola Pender, é amplamente utilizado pelos profissionais de enfermagem, permite compreender o comportamento humano relacionado à saúde, promovendo comportamentos de vida saudáveis (Hojos, G. Borjas, D. Ramos, A. Meléndez, R. 2011). “Este modelo fornece uma estrutura simples e clara, em que o Enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo planeamento, intervenção e avaliação das suas ações” (Victor et al., 2005, p. 236).

É fundamental a intervenção das equipas de saúde escolar na promoção e educação em áreas como a literacia nos hábitos de vida saudáveis sem tabaco. Nas quais o ESSIP tem um papel de destaque.

Sendo a escola, um sítio onde a criança passa grande parte do tempo, este local é considerado em si mesmo como um determinante da saúde da criança (Barros, 2007).

O meio escolar é um local imperioso para o desenvolvimento de projetos promotores de bom comportamento em saúde, visto que, estes " (...) ensinam às crianças em idade escolar a importância da tomada de decisão social na promoção da saúde. Crianças que adquiram competências de autocontrolo, consciência social e resolução de problemas através de discussões

e prática na sala de aula, podem envolver-se em menos comportamentos de risco" (Hockenberry, M & Wilson, D, 2014, p. 706).

É de salientar ainda que, o PNSE (DGS, 2015a) destaca a importância da integração da promoção da saúde para a efetividade e sustentabilidade das intervenções de saúde escolar. Os determinantes da saúde devem ser desenvolvidos de forma transversal ao longo de toda a escolaridade. Sendo que o sucesso da saúde escolar depende do sucesso da promoção da saúde na escola, é necessário estabelecer parcerias sólidas que devem incluir as Associações de Pais, as Autarquias, a Segurança Social, as Organizações Não Governamentais e todos os sectores da sociedade que trabalham com crianças e jovens e se preocupam em que as escolas sejam cada vez mais promotoras da saúde, tal como já foi referido anteriormente.

### **3. METODOLOGIA DE PROJETO: EDUCAR PARA COMPORTAMENTOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA ADOLESCÊNCIA- PREVENÇÃO DO TABAGISMO**

A Metodologia é o processo que se segue à fase conceptual, que se caracteriza por ser um conjunto de ações que se desenvolvem para a efetivação do trabalho prático. Será uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser usado na prática (Ferrito et al., 2010). A Metodologia de Projeto define-se como um “Conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (Ferrito et al., 2010, p.3). “É uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas. Através dela adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do (s) projeto (s) numa situação real (Ferrito et al., 2010, p.3).

A metodologia projeto é constituída por cinco fases: Diagnóstico da Situação, Planificação das atividades, Execução das atividades, Avaliação e Divulgação dos resultados (Ferrito et al., 2010).

Com este projeto pretendemos delinear um percurso ligado ao desenvolvimento das competências fundamentais para que se adquira competências como EESIP. Será usada uma metodologia de Projeto aplicada na Escola, com a temática, “Educar para comportamentos de vida saudáveis na adolescência- Prevenção do Tabagismo”. Desta forma, “o trabalho de projeto permite ao estudante adquirir conhecimento não apenas com base na teoria apresentada em sala de aula, mas também trabalhando com problemas reais em contexto real e interagindo com as várias variantes que compõe este mesmo contexto” (Ferrito et al., 2010, p.6). “Este tipo de metodologia conduz a uma maior motivação dos estudantes, aproveitando melhor as suas potencialidades individuais” (Ferrito et al., 2010, p.6).

### 3.1 Diagnóstico de Situação

Dados recolhidos no Instituto Nacional de Saúde no ano de 2014 revela-nos que em Portugal o número de pessoas fumadoras com 15 ou mais anos é de 1,8 milhões, sendo 1,5 milhões de fumadores diários. (O Inquérito Nacional de Saúde, 2014). A prevalência de consumidores de tabaco nesta idade é de 20,0% (DGS, 2016).

No ano de 2015 foi realizado um Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências nos grupos etários dos 13 aos 18 anos, esse estudo diz-nos que cerca de 11,7% de jovens com 13 anos de idade relataram ter consumido tabaco, enquanto 58,7% dos jovens com 18 anos referiram também já o ter feito. O Tabaco é o produto mais consumido pelos adolescentes e jovens (29,8%), seguido pelo tabaco de enrolar (18,7%) (Feijão, F, 2016).

Foi realizado em 2014 o estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) através de um inquérito a 6026 alunos do 6.º, 8.º e 10.º ano, de variadas regiões de Portugal, as idades dos alunos variaram dos 10 aos 20 anos (com idade média de 14 anos).

Este estudo revela-nos que dos” jovens que referiram já ter experimentado tabaco (n=838/8º e 10º ano), mais de um terço menciona ter experimentado pela primeira vez aos 14 anos ou mais (35,7%) e a média de idade de experimentação de tabaco foi aos 13,04 anos” (Matos et al., 2014, p.75).

Sendo proibido fumar por Lei nº 63/2017, que entrou em vigor a 1 de Janeiro de 2018, a Lei nº 63/2017, de 14 de agosto, “que aprova normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo” (Lei nº 63/17 de 3 de agosto de 2017, p. 4455). Lei que proíbe a venda de tabaco a menores, no entanto muitos jovens menores considera fácil ou muito fácil o acesso aos produtos do tabaco (47,2%) (DGS, 2017).

Na Unidade de Cuidados Personalizados de Al. [UCSPA], 57,47% dos utentes com idade igual ou superior a 14 anos apresentam registos de hábitos tabágicos, dos quais 13,12% apresentam “ abuso de tabaco” (Indicadores Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA], Dezembro, 2017), na Unidade de Cuidados Saúde Personalizados de Almo, 53,3%

dos utentes com idade igual ou superior a 14 anos apresentam hábitos tabágicos, dos quais 6,18% apresentam “ abuso de tabaco” (Indicadores ULSBA, Dezembro, 2017).

A realização do Diagnóstico de Saúde é a primeira etapa da metodologia de projeto, nesta etapa é definido o problema, são estabelecidas necessidades e prioridades, indicam-se as causas prováveis, havendo uma seleção dos recursos e grupos intervenientes (Ferrito et al., 2010).

Este deve ir ao encontro das necessidades de saúde das populações, “é fulcral que o diagnóstico de situações seja realizado num tempo rápido, de forma a possibilitar uma ação em tempo útil e suficientemente aprofundado que permita a implementação das medidas pertinentes e resolúveis” (Ferrito et al., 2010, p.10).

Para a “elaboração do diagnóstico de situação, mais concretamente a identificação e validação dos problemas, aos quais pretendemos dar resposta, muitos são os métodos ao dispor do Enfermeiro. Os mais utilizados na prática clínica são: a entrevista, o questionário, bem como métodos de análise da situação, nomeadamente a análise de SWOT, cadeia de valores, FMEA e Stream Analysis” (Ferrito et al., 2010, p.13).

Durante a primeira semana de estágio, foi realizada uma entrevista de avaliação informal não-estruturada à equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados à Comunidade [UCC] onde foi realizado o estágio, de forma a se perceber se o tema escolhido para a realização do projeto de intervenção a realizar no âmbito da Saúde Escolar seria pertinente e adequado.

A entrevista” é um meio bastante utilizado para recolha de informação opiniões ou de necessidades, e até maior conhecimento sobre as pessoas, as suas relações e pertença a um grupo” (Ferrito et al., 2010, p.14).

Nesta abordagem ao diagnosticar as necessidades de intervenção, foi concluído que o tema era importante, não só pelo elevado número de fumadores existentes a nível mundial, nacional e regional, mas também por ser um tema que iria ser trabalhado pela Enfermeira responsável pela Saúde Escolar, o que agradou a toda a equipa. Este projeto intervenção será desenvolvido no sentido de traçar estratégias de intervenção direcionadas para a prevenção do consumo do tabaco, diminuindo a mortalidade e morbilidade que este consumo causa, projeto que terá posteriormente continuidade ao longo do ano letivo.

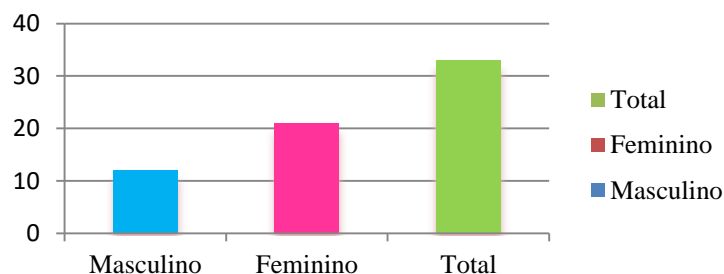
Para além da entrevista informal não estruturada foi utilizado também um questionário de forma a avaliar mais objetivamente a população e os hábitos tabágicos da família o que nos ajudou no planeamento estratégico.

O Enfermeiro para a realização de intervenções e planeamento de projetos, deverá conhecer a sua população e as suas características, uma vez que estas podem influenciar o seu comportamento de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

Foi aplicado o questionário a 33 alunos do 5º ano de uma escola do distrito de Beja, sendo os dados trabalhados no programa informático Microsoft Excel.

Dos 33 alunos, 36,4% são do sexo masculino e 63,6% são do sexo feminino como consta no gráfico 1.

**Gráfico 1** - Distribuição dos participantes por sexo.

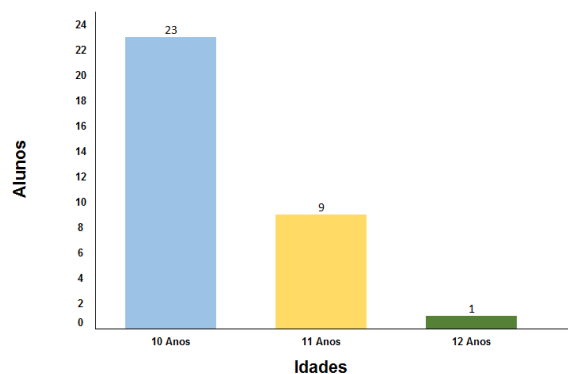


**Fonte:** Resultado do questionário aplicado aos estudantes de uma escola do Distrito de Beja.

As idades estão compreendidas entre os 10-12 anos, a idade média é de 10,33 anos (10 anos e 4 meses), como consta no gráfico 2.

**Gráfico 2** - Distribuição dos participantes por idade.

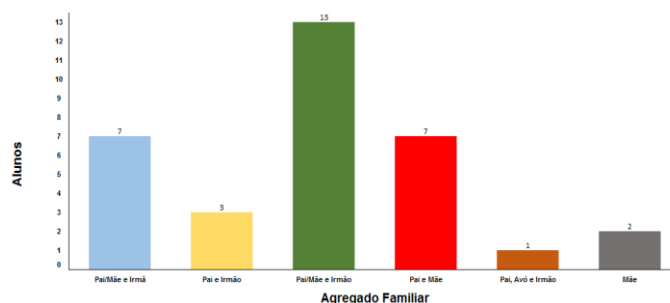




**Fonte:** Resultado do questionário aplicado aos estudantes de uma escola do Distrito de Beja.

Podemos verificar no gráfico 3 que a maioria dos alunos vive com a mãe o pai e o irmão.

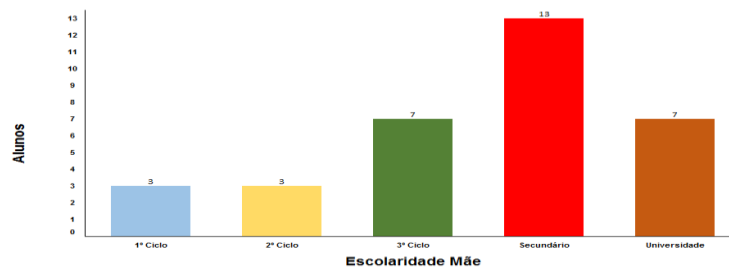
**Gráfico 3** – Distribuição dos dados sociodemográficos em relação ao agregado familiar.



**Fonte:** Resultado do questionário aplicado aos estudantes de uma escola do Distrito de Beja.

Quanto ao grau de escolaridade das mães dos alunos que responderam ao questionário podemos verificar no gráfico 4 que a maioria completou o ensino secundário.

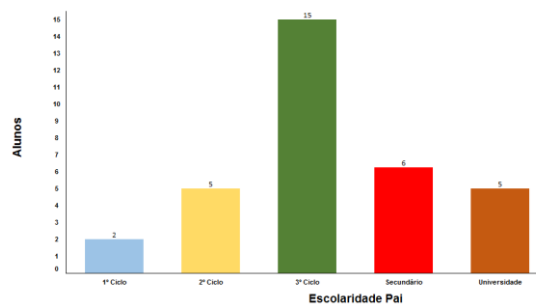
**Gráfico 4** - Distribuição do grau de escolaridade da mãe.



**Fonte:** Resultado do questionário aplicado aos estudantes de uma escola do Distrito de Beja.

Quanto ao grau de escolaridade dos pais podemos verificar no gráfico 5 que a maioria completou o 3º ciclo.

**Gráfico 5** - Distribuição do grau de escolaridade do pai.



**Fonte:** Resultado do questionário aplicado aos estudantes de uma escola do Distrito de Beja

Quanto ao consumo de tabaco verifica-se que 46,5% dos pais fumam, sendo que dos pais que fumam, 27,2% fumam em casa. Em relação aos irmãos 33,3% fumam (APENDICE A). São valores relevantes uma vez que a família tem um papel influente nas escolhas dos jovens, podendo desta forma contribuir para o aumento do consumo de tabaco por parte dos mesmos (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

A escolha deste tema surge na sequência da necessidade de adquirir e desenvolver competências na área da Saúde Escolar, que até à realização do Estágio, era desconhecida. Bem como, na realização de sessões de educação acerca da saúde, de forma a capacitar os jovens de conhecimentos, que os levem a adquirir hábitos de vida saudáveis sem tabaco.

### 3.2 Definição de Objetivos

Com a realização do Diagnóstico de Saúde e a identificação dos problemas prioritários, procede-se à fixação dos objetivos a atingir num determinado período de tempo. Trata-se de uma etapa fundamental, uma vez que é necessária a fixação de objetivos de uma forma correta para que se possa quantificar e avaliar os resultados obtidos. Todos os objetivos devem ser passíveis de mensuração, pertinentes, precisos e praticáveis (Imperator & Giraldes 1993). A fixação de objetivos deve ser clara, deve ser utilizada uma linguagem precisa e concisa, sendo estes realizáveis e mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração (Ferrito et al., 2010).

Mão de Ferro (1999), “define objetivos gerais como enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados (...), fornecem-nos indicações acerca daquilo que o formando deverá ser capaz de fazer após o seu percurso formativo” (Ferrito et al., 2010, p. 18).

A elaboração dos objetivos gerais e objetivos específicos foi deveras importante para a realização do nosso projeto. “Os objetivos apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir níveis que vão desde o geral ao mais específico” (Ferrito et al., 2010, p. 18).

**Objetivo Geral** - Capacitar os alunos do 5º ano de uma escola do distrito de Beja para a adoção de hábitos de vida saudáveis sem tabaco.

Os objetivos específicos são “indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo. Sendo o resultado da subdivisão de um objetivo geral mais vasto, em aprendizagens mais elementares” (Ferrito et al., 2010, p. 18).

Os objetivos específicos para o projeto serão apresentados no quadro 1, juntamente com as Metas e Indicadores de Resultado:

**Quadro 1-** Objetivos, Indicadores de Resultado e Metas do projeto.

Objetivos	Indicador de Resultado	Meta
<b>Objetivo 1-</b> Ampliar os conhecimentos sobre o tabaco e seus malefícios aos alunos do 5º ano turma B de uma escola do distrito de Beja;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N.º de alunos presente na sessão/ Nº total de alunos da turma B do 5º ano de uma escola do distrito de Beja x 100.</li> <li>- Nº de alunos que adquiriram conhecimentos sobre o tabaco e seus malefícios/ Nº total de alunos presentes na sessão x 100.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que 90% dos alunos da turma B do 5º ano participe na sessão.</li> <li>- Que 80% dos alunos presentes na sessão adquira conhecimentos sobre o tabaco e seus malefícios.</li> </ul>
<b>Objetivo 2-</b> Fundamentar a importância da influência social na iniciação do consumo de tabaco aos alunos do 5º ano da turma B de uma escola do distrito de Beja;	<ul style="list-style-type: none"> <li>-N.º de alunos presente na sessão/ Nº total de alunos da turma B do 5º ano de uma escola do distrito de Beja x 100.</li> <li>- Nº de alunos que adquiriram conhecimentos sobre a importância da influência social na iniciação do consumo de tabaco/ Nº total de alunos que participaram na sessão x 100.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que 90% dos alunos da turma B do 5º ano participe na sessão.</li> <li>- Que 80% dos alunos presentes na sessão adquira conhecimentos sobre a importância da influência social na iniciação do consumo de tabaco.</li> </ul>
<b>Objetivo 3-</b> Promover atividades lúdico pedagógicas que visam a promoção de hábitos de vida saudáveis sem tabaco aos alunos do 5º ano da turma B de uma escola do distrito de Beja;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N.º de alunos que participaram nas atividades lúdico pedagógicas realizadas na sessão/ Nº total de alunos presentes na sessão x 100.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que 90% dos alunos presente na sessão participem nas atividades lúdico pedagógicas.</li> </ul>
<b>Objetivo 4-</b> Capacitar os enfermeiros da UCC e UCSP de A. de conhecimentos sobre os	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N.º de Enfermeiros presentes na sessão formativa/ Nº total de Enfermeiros da UCC e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que 60% dos Enfermeiros da UCC e UCSP participe na sessão.</li> </ul>

procedimentos da Entrevista ao Adolescente.	UCSP de A. x 100.	
---	-------------------	--

**Fonte:** elaborado pela autora.

### 3.3 Planeamento

O planeamento é a terceira fase do Projeto. Nesta fase realiza-se o levantamento dos recursos, são definidas as atividades a desenvolver, bem como a realização do cronograma do projeto (Ferrito, et al., 2010).

Após a validação para a implementação do projeto junto de toda a equipa da UCC, coordenadora da Unidade, Enfermeira Orientadora e restantes colegas, foi elaborado o cronograma de implementação das atividades que se iriam realizar.

O Plano de atividades a desenvolver terá início no mês de novembro de 2018 e será finalizado no mês de janeiro de 2019, como está representado no cronograma (APÊNDICE B).

As medidas de intervenção escolhidas focam-se maioritariamente na Promoção da Saúde através da realização de sessões de Educação para a Saúde, com o objetivo de capacitar estes jovens na tomada de decisões mais informadas e saudáveis no que respeita ao consumo de tabaco.

De modo a programar as intervenções necessárias à execução do projeto, realizámos o pedido de autorização à Senhora Professora Diretora de uma Escola do distrito de Beja para a realização da sessão de educação na escola (APÊNDICE C).

A população alvo é constituída por os 46 alunos do 5º ano de uma escola do distrito de Beja, no entanto, devido ao pouco tempo de estágio, foi realizada uma sessão de educação para a saúde a 12 alunos da turma B do 5º ano.

A metodologia pedagógica a adotar na sessão de educação será expositiva, porque “permite a transferência de aprendizagens por mera declaração e explicação do conhecimento”. Será promovido uma Discussão Orientada, discussão essa que “Encoraja a aprendizagem ativa e participada que suporta a transferência de conhecimento através do diálogo. Os formandos podem discutir os materiais com mais profundidade, partilhar pontos de vista e experiências, e responder a questões” (Inácio, M. 2007, p.51).

Para podermos dar resposta aos objetivos, é necessário definir os recursos que iremos utilizar nas atividades, sendo eles recursos humanos, recursos materiais e recursos financeiros. “A utilização e escolha das actividades, meios e estratégias a realizar coadunam directamente com os objetivos previamente alicerçados” (Ferrito et al, 2010, p. 20).

Relativamente aos recursos humanos, “são pessoas que estão envolvidas na execução do projeto com a respectiva função, carga horária e responsabilidades dentro do projeto” (Schneider & Flach, 2017, p. 19). Como recursos humanos temos: Os alunos do 5º ano da turma B de uma Escola do distrito de Beja, Enfermeira Especialista, Enfermeira Mestranda, restantes Enfermeiros e Coordenadores da UCC e UCSP Do Centro de Saúde onde foi realizado o estágio e Professora De Educação Visual.

Foram utilizados no nosso projeto como recursos materiais, material escolar, utilizado para a realização de pedidos de autorizações, consentimento informado, bem como o material utilizado para as sessões de educação (folhas de papel, canetas, marcadores, tinta, lápis de cor, tesoura, cola, papel autocolante, papel adesivo, fita cola, computador, impressora, datashow, tela, pen e sala de aula de uma escola do distrito de Beja e a sala de reuniões do Centro de Saúde onde realizei o estágio). Para Schneider & Flach (2017) Recursos materiais são “Os materiais de consumo e/ou equipamentos permanentes necessários para a execução do projeto” (p.19).

E por fim, os recursos financeiros definidos como “os valores envolvidos no pagamento dos recursos humanos e materiais, entre outros, que garantem a execução do projeto” (Schneider & Flach, 2017, p. 19). Relativamente a estes recursos, foram custos reduzidos, uma vez que os recursos humanos usaram o seu tempo do horário em horário de trabalho, bem como a professora e alunos no horário Escolar, e os recursos materiais ficaram a cargo da Enfermeira Mestranda.

Pedimos parecer à Comissão de Ética para a implementação do projeto, ao que foi dado parecer positivo (ANEXO I).

### 3.4 Execução

Nesta fase de projeto serão colocadas em prática todas as atividades planeadas e elaboradas. (Ferrito et al., 2010). “Esta fase assume uma importância significativa para o(s) participante(s) do projeto dado que possibilita a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas” (Ferrito et al., 2010, p. 23).

O projeto “Educar para comportamentos de vida saudáveis na adolescência - Prevenção do Tabagismo”, tem início no ano letivo 2018/2019, com os alunos do 5º ano de uma escola do distrito de Beja. As atividades tiveram início a 2 de janeiro e termino a 18 de janeiro de 2019.

Após a realização do diagnóstico de situação e com os objetivos delineados, torna-se então necessário seleccionar estratégias e definir as respetivas atividades a desenvolver para que se atinjam os objetivos previamente delineados.

Foi criado, um logótipo permitindo dar visibilidade ao nosso projeto, como é apresentado na Figura 2.

**Figura 2** - Logótipo do projeto “Educar para comportamentos de vida saudáveis na adolescência- Prevenção do Tabagismo”.



Este logótipo simboliza a vida saudável sem tabaco. O coração simboliza a vida e a saúde. O cigarro com o símbolo de proibido simboliza, o dizer NÃO ao consumo de tabaco. Neste caso,

quanto mais conhecimento o jovem adquirir acerca dos seus hábitos de vida, melhor será a sua qualidade de vida no futuro.

Será apresentada uma síntese das estratégias definidas e respetivas atividades realizadas:

Para identificação da população alvo foi realizada pesquisa bibliográfica que pudesse fundamentar esta escolha, de forma a perceber assim a idade adequada para se poder dirigir o projeto. Foi definida a população alvo, jovens entre os 10-12 anos de idade. Sendo a idade de iniciação e experimentação de hábitos tabágicos aos 13 anos, logo, faz sentido que a nossa intervenção seja direcionada para jovens em idades anteriores, de forma a contribuir para a minimização do número de jovens que virão a experimentar este consumo. “A idade de experimentação do tabaco pelos adolescentes é a partir dos 13 anos de idade” (DGS, 2016, p. 45).

Após a estruturação das atividades, realizámos uma reunião com a Senhora Diretora do Agrupamento de Escolas onde realizámos a sessão, com o intuito de apresentar e divulgar o projeto bem como a escolha da turma para a realização da sessão de educação sobre hábitos de vida saudáveis sem tabaco.

Após a autorização da Senhora Professora Diretora para a realização da sessão de educação para os alunos do 5º ano, foi escolhido o 5ºano turma B, uma vez que seria a turma e professora com mais disponibilidade para a realização da sessão. Foi combinado o dia e hora para a realização da sessão, no dia 14 de janeiro às 11h00, numa Escola do distrito de Beja. Foi deixado no dia da reunião com a Senhora Diretora, o Consentimento Informado (APÊNDICE D) para entrega aos 46 alunos das três turmas do 5º ano da Escola, bem como os questionários, referindo a Senhora Diretora que faria chegar às diretoras de turma, para posterior entrega aos alunos.

A entrega do Consentimento Informado será dirigido para os pais/ Encarregados de Educação, com o objetivo do seu educando poder responder a um questionário (APÊNDICE E). O Questionário utilizado foi autorizado e cedido pelo Senhor Professor José Precioso, da Universidade do Minho, num projeto de investigação que este realizou intitulado: Prevenção do tabagismo em crianças e adolescentes em idade escolar. A escolha do questionário deveu-se ao facto das questões pelo qual o questionário é constituído, irem ao encontro da temática e população alvo que este projeto vai intervir, permitindo avaliar os conhecimentos relativos ao tabaco, bem como os hábitos de tabaco existentes nas suas famílias (ANEXO II).



Antes da realização da sessão já nos tinha sido entregue o Consentimento Informado e os questionários, sendo que foram entregues 46 questionários e recebidos 33 questionários preenchidos.

No dia 14 de janeiro realizámos a sessão de educação para a saúde sobre os hábitos de vida saudáveis sem tabaco, de forma a poder perceber os conhecimentos dos alunos sobre os malefícios do tabaco e seus constituintes. Entregámos uma ficha de avaliação antes do início da sessão, sendo recolhida a mesma, no seu final. A ficha de avaliação era baseada em respostas de escolha múltipla, respostas verdadeiro e falso e de correspondências (APENDICE F).

Foi respeitado ao longo do projeto, a privacidade e a confidencialidade dos participantes no estudo. Toda a informação relacionada com os participantes será anonimizada e durante a sua recolha, não existiram danos nem custos para os participantes do estudo.

Realizámos a sessão de educação para a saúde dia 14 de janeiro ao 5ºano turma B de uma Escola do distrito de Beja, onde participaram 12 dos 13 alunos inscritos na turma (APÊNDICE G).

A sessão de educação “TU ESCOLHES” foi realizada através de uma apresentação power point (APENDICE H), havendo uma boa interação com os alunos. Com o intuito de reforçar a mensagem e motivar as crianças, elaboramos jogos lúdico pedagógico sobre hábitos de vida saudáveis sem tabaco (APENDICE I). Foi oferecido um marcador de livros alusivo ao tema (APENDICE J). No final da sessão passámos um filme alusivo ao tema (ANEXO III).

Para a sessão, realizámos um plano da sessão a especificar as atividades delineadas (APENDICE K).

Realizámos às colegas da UCC e UCSP, uma sessão formativa sobre a “Entrevista ao Adolescente” (APENDICE L), realizada no Centro A. Esta sessão teve como objetivo geral: uniformizar os procedimentos da entrevista ao Adolescente e como objetivos específicos: Compreender a importância da entrevista ao Adolescente, identificar os princípios a respeitar na entrevista ao adolescente e conhecer estratégias eficazes, para uma melhoria na qualidade da intervenção em saúde ao adolescente e família.

Na enfermagem a formação em serviço é realizada com o intuito de satisfazer as necessidades de formação dos profissionais, decorrentes dos contextos ou situações de trabalho, de forma a

aprofundar e desenvolver competências, para uma prestação de cuidados de enfermagem eficazes e eficientes e adaptados às mudanças da época que vivenciamos. O surgimento da formação em serviço em enfermagem inicia-se com o Decreto-Lei n.º437/91, de 8 de novembro, do artigo 64.º do ano 1991 define que “a formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerando como um grupo profissional com objetivo comum, e das necessidades individuais de cada membro do grupo” (p. 5738).

Foi utilizado após a sessão o Modelo de Avaliação da Sessão de Formação (Mod.129.ULSBA.EPE) (ANEXO IV), para avaliar a ação relativamente à sua qualidade. Com base nas opiniões recolhidas, vamos procurar obter contributos e sugestões para a realização das próximas sessões.

### **3.5 Avaliação**

Na avaliação do processo formativo, que é a etapa final, o propósito é colher informações sobre os resultados da ação formativa para decidir a sua eficiência. Procura-se com isto, verificar se o plano de formação cumpriu as exigências para as quais foi projetado (Chiavenato, 1999). Para Ferrito et al., 2010 “Avaliar um Projeto implica a verificação da consecução dos objectivos definidos inicialmente” (p. 26).

Após a realização da sessão formativa aos Enfermeiros da UCC e UCSP de A., aplicámos o Modelo de Avaliação da Sessão de Formação (Mod.129.ULSBA.EPE), para avaliar a ação relativamente à sua qualidade. Sendo que o seu resultado foi bastante satisfatório, onde as colegas, na sua maioria, referiram que houve clareza da exposição, assim como o domínio dos conteúdos abordados por parte da formadora.

Na sessão de educação “TU ESCOLHES”, foi possível avaliar o aumento de conhecimentos através da ficha de avaliação realizada aos alunos antes e depois da sessão, o que explanámos nos quadros realizados.

Dos 13 alunos pela qual é constituída a turma B do 5º ano, estiveram presentes na sessão 12 alunos, uma adesão de 92,3%.

**Quadro 2** - Avaliação do número de alunos presentes na sessão, de acordo com os alunos da turma B do 5º ano;

Objetivo	Meta	Indicador de Atividade	Avaliação
<b>Objetivo 1</b>	Que 90% dos alunos da turma B do 5º ano participe na sessão	- N.º de alunos presente na sessão/ Nº total de alunos da turma B do 5º ano de uma escola do distrito de Beja x 100	12/13x100=92,3% A meta foi atingida
Objetivo	Meta	Indicador de resultado	Avaliação
<b>Objetivo 1</b>	- Que 90% dos alunos presentes na sessão adquira conhecimentos sobre o tabaco e seus malefícios	- Nº de alunos que adquiriram conhecimentos sobre o tabaco e seus malefícios/ Nº total de alunos presentes na sessão x 100	11/12 x 100=91,6% A meta foi atingida

**Fonte:** Dados recolhidos no final da sessão

**Quadro 3** - Avaliação do número de alunos que adquiriram conhecimentos sobre a importância da influência social na iniciação do consumo de tabaco, de acordo com número total de alunos presente na sessão.

Objetivo	Meta	Indicador de resultado	Avaliação
<b>Objetivo 2</b>	- Que 80% dos alunos presentes na sessão adquira conhecimentos sobre a importância da influência social na iniciação do consumo de tabaco	- Nº de alunos que adquiriram conhecimentos sobre a importância da influência social na iniciação do consumo de tabaco/ Nº total de alunos presentes na sessão x 100	10/12 x 100=83,3% A meta foi atingida

**Fonte:** Dados recolhidos no final da sessão

**Quadro 4** - Avaliação do número de alunos que participaram nas atividades lúdico pedagógicas, de acordo com número total de alunos presente na sessão.

Objetivo	Meta	Indicador de resultado	Avaliação
<b>Objetivo 3</b>	- Que 90% dos alunos presente na sessão participe nas atividades lúdico pedagógicas.	- N.º de alunos que participaram nas atividades lúdico pedagógicas realizadas na sessão/ N.º total de alunos presentes na sessão x 100	12 /12x100= 100% A meta foi atingida

**Fonte:** Dados recolhidos no final da sessão

**Quadro 5** - Avaliação do número de Enfermeiros presentes na formação, de acordo com número total de Enfermeiros da UCC e UCSP de A.

Objetivo	Meta	Indicador de Atividade	Avaliação
<b>Objetivo 4</b>	- Que 60% dos Enfermeiros da UCC e UCSP participe na sessão	- N.º de Enfermeiros presentes na sessão formativa/ N.º total de Enfermeiros da UCC e UCSP de A. x 100	6/10x100=60% A meta foi atingida

**Fonte:** Dados recolhidos no final da sessão

Verificámos através da avaliação, o incremento de conhecimentos adquiridos pela população alvo durante a sessão. Ficaram mais elucidados acerca dos malefícios que o tabaco provoca ou pode vir a provocar num futuro próximo, bem como, acerca da importância que a influência social, os amigos e a família, podem ter aceção pela iniciação do consumo de tabaco. Todas estas temáticas foram abordadas com interesse e participação por parte dos alunos, quer durante a apresentação power point, quer na realização dos jogos lúdico pedagógicos preparados para a sessão.

## **4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CAMPOS DE ESTÁGIOS**

A frequentar o curso de Mestrado em Associação na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e de forma a adquirir competências Comuns e Específicas de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica selecionamos os campos de estágio. Os campos de Estágio realizados foram divididos por dois semestres, Estágio I e Estágio Final. O Estágio I decorreu de 18 de Maio a 22 de Junho de 2018 e foi realizado no Serviço de Urgência Pediátrica. O Estágio Final decorreu de 17 de Setembro de 2018 a 18 de Janeiro de 2019 e foi realizado no Serviço de Consultas Externas de Pediatria, Serviço de Internamento de Pediatria e por fim numa Unidade de Cuidados à Comunidade, na área da Saúde Escolar. A escolha recaiu sobre estes campos de estágio por todos eles serem referência na área da pediatria, e também para percebermos como serviços de áreas geográficas diferentes se articulam com a comunidade.

Como linha de investigação no tema “Educar para comportamentos de vida saudáveis na Adolescência - Prevenção do Tabagismo” integramos a “Segurança e qualidade de Vida”. Por ser uma área em que é necessário intervir cada vez mais cedo, apostando na prevenção da doença e promoção da saúde. Capacitando neste sentido os jovens para comportamentos de vida saudáveis sem tabaco.

Ao longo deste capítulo, iremos descrever o percurso realizado nos diferentes campos de estágio, explicitar os objetivos delineados em cada contexto de estágio, seguindo as atividades que desenvolvemos.

## **4.1 Análise Reflexiva das Atividades Desenvolvidas no Serviço de Urgência Pediátrica**

O estágio que decorreu no Serviço de Urgência Pediátrica [SUP] faz parte do Estágio I e justifica-se pelo interesse em conhecer uma instituição hospitalar diferente da realidade onde trabalhamos e também pela necessidade de desenvolver competências de EEESIP em contexto de urgência.

O SUP fica localizado no piso 0 do edifício central e recebe crianças/jovens desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias. A admissão é feita por familiares/pessoa significativa por encaminhamento de vários Serviços, Centro de Saúde, Serviço de Saúde 24, Serviço de Urgência Básica ou quando transportados ou helitransportados por equipas de emergência pré-hospitalar.

A criança/jovem que recorre ao SUP acompanhada pelos pais/familiars ou pessoa significativa fará a sua inscrição de admissão no SUP pela administrativa, passando depois pela triagem, onde o Enfermeiro fará a triagem da criança. “ A triagem constitui a primeira interação que os enfermeiros desenvolvem com a criança e com os seus pais, onde é possível iniciar um contacto acolhedor, transmitindo confiança aos pais, fazendo-os sentir que são bem-vindos e que existe disponibilidade para responder às suas necessidades” (Diogo, P. Vilelas, J. Rodrigues, L. Almeida, T. 2015, p.44). “É na área da triagem que os pais são informados sobre o processo de atendimento e a dinâmica do serviço, caso estes ainda não estejam familiarizados com a mesma. É também muito importante a informação aos cuidadores que a prioridade do atendimento é por gravidade e não por ordem de chegada, e que a cor da pulseira atribuída não significa necessariamente ter de ficar o tempo de espera máximo referente a essa cor” (Diogo, P et al, 2015, p.44).

De forma a garantir melhores cuidados e de maior qualidade a realização da Triagem de Manchester “passa pela uniformização de procedimentos entre os diversos profissionais e equipas multidisciplinares que devem atuar sequencial ou simultaneamente consoante as situações. Na verdade, existem situações urgentes que impõem uma identificação precoce e o encaminhamento correto em tempo útil, cuja abordagem imediata e eficaz exige protocolos de atuação e a formação do pessoal que permitam, por meios objetivos e expeditos, o apoio à decisão clínica em ambiente de urgência e a definição do papel de cada um na solução expedita de cada caso” (Despacho n.º 1057/2015 de 2 de fevereiro de 2015, p. 3039).

A criança/ jovem recorre ao SUP pelas mais diversas doenças, por febre, dificuldade respiratória, Infecção do trato urinário, vômitos, diarreia, desidratação, infecção urinária, anafilaxia, Traumatismo Crânio Encefálico [TCE], crianças com diabetes tipo 1 descompensadas, dor abdominal entre outras.

Dependendo da gravidade da situação da criança/jovem será encaminhada diretamente para a sala emergência, sala de tratamento, sala médica ou sala de espera.

O Enfermeiro ao longo de todo o percurso da criança/jovem e família no SUP deverá garantir a privacidade, o respeito pela criança/jovem e família, explicar sempre que o vai fazer, relativamente aos procedimentos e técnicas antes durante e após o procedimento. Atuando sempre de forma calma, tranquila e responsável (Diogo, P et al., 2015).

Ao longo do estágio no SUP tivemos a oportunidade de em parceria com a enfermeira orientadora prestar cuidados à criança/jovem e família, realizando atividades que nos permitiram adquirir competências de Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica.

Responder a uma situação de emergência a um lactente que foi helitransportada por TCE aos 6 meses, não foi fácil, uma vez que trabalhamos em Cuidados de Saúde Primários uma realidade muito diferente, com capacidades e competências diferentes das que serão necessárias aplicar nesta situação, no entanto conseguimos dar resposta à situação emergente, prestando cuidados adequados e atempados, o que nos deixou muito satisfeitas. O EEESIP “ trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho de 2018 da OE, 2018, p. 19192).

Atuámos ao longo do nosso estágio de acordo com as normas, protocolos instituídos na instituição, participámos nos cuidados de enfermagem prestados pelo EEESIP ao adolescente com comportamentos de risco e família que recorreram ao Serviço de Urgência Pediátrica, auscultámos as dificuldades dos pais no cuidar e educar do seu filho adolescente com comportamentos de risco, nomeadamente em situação de tentativa de suicídio que recorreram ao SUP, prestámos cuidados de Enfermagem à criança que recorreu ao Serviço de Urgência Pediátrica por anafilaxia, TCE, bronquiolite, febres, quedas e crianças diabéticas tipo 1 descompensadas.

Realizámos ensinamentos na promoção de aleitamento materno, onde a mãe recorreu por mastite e ingurgitamento mamário no Serviço de Urgência Pediátrica. Tivemos também contacto com criança com doença rara no Serviço de Urgência Pediátrica.

Ainda tivemos oportunidade de realizar um panfleto (APENDICE M), e um estudo de caso.

A equipa de Enfermagem é chefiada pela Enfermeira Chefe e na sua substituição pela Chefe de Equipa. É utilizado o modelo de cuidados de Anne Casey como linha condutora para os cuidados prestados à criança/jovem e família/pessoa significativa. Para Casey (1993) citado por Ferreira & Costa, "os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem pediátrica (...). As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança" (Ferreira & Costa, 2004, p. 54). Assim, os cuidados prestados pelo Enfermeiro segundo este modelo devem ser cuidados de enfermagem especializados, incentivando sempre os pais a prestar os cuidados por ela designados de cuidados familiares. Casey propõe uma abordagem de cuidados flexíveis, embora diferencie sempre os cuidados de enfermagem de cuidados familiares (Ferreira & Costa, 2004).

Foi um estágio importante como futura EESIP e pessoa, onde aprendemos que para além da importância da vertente técnica utilizada no SUP a vertente humana é imprescindível para que possamos prestar cuidados de excelência à criança/jovem e família. "Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, persegue os mais elevados níveis de satisfação da criança/jovem, tendo em conta a parceria de cuidados estabelecida com os pais ou pessoa significativa/prestador informal de cuidados" (OE, 2017, p. 5).



## **4.2 Análise Reflexiva das Atividades Desenvolvidas no Serviço de Consulta Externa de Pediatria**

O estágio que decorreu no Serviço de Consulta Externa de Pediatria [SCEP] faz parte do Estágio Final e justifica-se pelo interesse em perceber o percurso da criança aquando encaminhada para as Consultas Externas de Pediatria. Decorreu do dia 17 de setembro a 12 de outubro do ano 2018.

O SCEP é um Serviço que recebe utentes de todas as regiões do nosso país, inclusive crianças de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. É um serviço constituído por uma equipa multiprofissional. Sendo que Enfermagem tem um papel autónomo na maioria das consultas que realiza. É um serviço com diversas especialidades nomeadamente, alergologia, urologia, diabetes tipo 1, cardiologia, neurocirurgia, neonatologia, obesidade infantil, cardiologia infantil entre outras.

Delineámos para o nosso estágio como objetivo geral: Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no Serviço de Consultas Externas de Pediatria e como objetivos específicos: Conhecer a realidade e a dinâmica da Consulta Externa de Pediatria, desenvolver competências no cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade no Serviço de Consultas Externas de Pediatria, assistir a criança/ jovem e a família na maximização da sua saúde no Serviço de Consultas Externas de Pediatria, identificar as estratégias mobilizadas pelos Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na abordagem aos pais das crianças/ adolescentes obesos que recorrem ao Serviço de Consultas Externas de Pediatria, participar nas consultas de Enfermagem a Crianças/ Adolescentes com diabetes tipo 1 no Serviço de Consultas Externas de Pediatria, observar a colocação de bomba de insulina a crianças e jovens no Serviço de Consultas Externas de Pediatria, participar nas consultas de Obesidade destinadas a crianças/adolescentes no Serviço de Consultas Externas de Pediatria, participar nas Consultas de Desenvolvimento Infantil e Neonatologia recorrendo aos instrumentos de avaliação recomendados (Escala de Mary Sheridan) no Serviço de Consultas Externas de Pediatria e conhecer a dinâmica e realidade da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário.

Conseguimos dar resposta aos objetivos propostos na realização de atividades que tivemos oportunidade de desenvolver, atuámos de acordo com as normas, protocolos instituídos no SCEP, participámos nos cuidados de enfermagem prestados pelo EESIP à criança/ adolescente

com comportamentos alimentares menos saudáveis que recorreram às consultas de Obesidade Infantil no SCEP, auscultámos as dificuldades dos pais no cuidar e educar do seu filho Criança/ Adolescente com comportamentos alimentares menos saudáveis no SCEP, realizámos um kit (APENDICE N) com o material necessário de apoio às consultas de saúde infantil bem como de neonatologia realizadas no SCEP e realizámos ainda um guia de bolso (APENDICE O) contendo as diferentes fases do desenvolvimento psicomotor da criança dos 0 aos 5 anos de forma a servir de apoio para essas mesmas consultas no SCEP. Tivemos também oportunidade de acompanhar a Enfermeira na realização de consultas ao domicílio na Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD) e por fim realizámos uma sessão formativa para os Enfermeiros que trabalham no SCEP sobre o Desenvolvimento da Criança dos 0 aos 5 anos.

Tendo em conta que a enfermeira orientadora acumulava funções como chefe de serviço, sendo responsável pela gestão de recursos humanos e materiais, foi possível desenvolver aprendizagens neste âmbito, conseguimos dessa forma adquirir a competência: C1 — “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (Regulamento n.º 140/2019 de fevereiro de 2019 da OE, 2019, p. 4145).

Participámos nas consultas realizadas ao domicílio, onde pudemos ter a noção das diferentes realidades existentes nos serviços. Na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] onde trabalhamos, também realizámos consultas ao domicílio. No entanto são consultas onde a promoção da saúde e prevenção da doença são o foco, realizámos o teste de diagnóstico precoce, realizámos consultas de saúde infantil, onde o contacto com a doença se centra nas doenças agudas, que são muito poucas. Para nós foi muito importante o contacto com esta realidade.

As equipas que constituem a UMAD são especializadas em cuidados paliativos pediátricos vão ao encontro das necessidades sentidas por estas crianças/ famílias, promovendo a continuidade da prestação dos cuidados no domicílio. São realizados os domicílios a crianças e famílias que necessitam de cuidados de enfermagem e outras especialidades, o que por vezes evita novos internamentos. As Unidades Móveis de Apoio ao Domicílio funcionam desde 2006 em parceria com os hospitais públicos nacionais.

Os cuidados domiciliários, podem definir-se como os cuidados prestados às crianças e suas famílias, com necessidades, quer estas sejam simples ou complexas, no seio familiar, “com a

finalidade de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizando o nível de independência e minimizando os efeitos da doença e incapacidade, incluindo as situações de doença terminal” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 1006).

O enfermeiro que presta cuidados domiciliários à criança, para além da perícia técnica e da capacidade de adaptação de equipamentos e dispositivos, deve ter conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil bem como a capacidade para trabalhar criativamente com a criança dependente de tecnologia (Hockenberry, M & Wilson, D, 2014).

O enfermeiro em todo este processo deve desenvolver uma relação empática com a criança e família, proporcionando suporte e esclarecimento de dúvidas, para que se sintam seguros para assumir um cuidado integral (Leão, Silveira, Rosa, Balk, Souza, Torres, 2014).

Foi um estágio muito enriquecedor, onde adquirimos competências de EEESIP e onde pudemos conhecer uma realidade diferente da nossa.

### **4.3 Análise Reflexiva das Atividades Desenvolvidas no Serviço de Internamento de Pediatria**

O estágio que decorreu no Serviço de Internamento de Pediatria [SIP] faz parte do Estágio Final e justifica-se pela necessidade de desenvolver competências de EEESIP em contexto de internamento pediátrico, e perceber também como este serviço se articula com a comunidade. Decorreu do dia 15 de outubro a 09 de novembro do ano 2018.

São admitidas no Serviço de Internamento crianças até 18 anos de idade, pelas mais variadas patologias sendo da área medico- cirúrgica como da área de ortopedia e otorrinolaringologia.

Tivemos oportunidade de ao longo do estágio no Serviço de Internamento prestar cuidados à criança / família internada. Prestámos cuidados à criança com as mais variadas patologias, desde bronquiolites, doença renal, neoplasia, encefalopatias, doença autoimune, apedicectomizados entre outras.

O cuidado centrado na família é o foco do cuidado pediátrico, e reconhece a família como uma constante na vida da criança. É essencial não dar falsas esperanças, respeitar crenças, valores da família e permitir a participação dos pais na prestação de cuidados ao seu filho, fortalecendo e estabelecendo uma relação de parceria entre a equipa que cuida da criança e os pais (Ferreira & Costa, 2004). É utilizado o modelo de Anne Casey como linha condutora para os cuidados prestados à criança/jovem e família/pessoa significativa.

O Enfermeiro em Pediatria é responsável pela promoção da saúde e do bem-estar da criança e da família. Independentemente da formação, experiência e objetivos pessoais, o Enfermeiro em Pediatria tem sempre como principal preocupação o bem-estar da criança e da família (Hockenberry, M & Wilson, D, 2014).

Cuidar da criança/família com doença oncológica não foi fácil, constituindo-se um dos maiores e exigentes desafios que passámos durante todo o Estágio Final.

Foi necessária preparação para lidar com esta situação, muita pesquisa bibliográfica, leitura de artigos, evidência científica, o confronto com a dor da criança e família, a perda da sua autonomia e independência foi um grande desafio. No entanto como futuras Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica conseguimos responder aos cuidados que foram necessários realizar.

O EEESIP, trabalhando em parceria com as crianças/jovens e famílias, seja qual for o contexto que esta se encontre (hospitais, cuidados de saúde primários - UCSP, Unidade de Saúde Familiar [USF], Unidades de cuidados continuados, escolas, comunidades, domicílio etc), deve ter sempre em conta a promoção do mais elevado estado de saúde, através da prestação de cuidados avançados, competentes e seguros (OE, 2017, p, 1). O cuidado do EESIP centra-se precisamente na necessidade de preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família, assegurando a qualidade e eficácia dos cuidados prestados (OE, 2017).

Assim, o enfermeiro no exercício das suas funções deverá ser detentor de conhecimentos técnico-científicos, cruciais para a prestação de cuidados à pessoa, “nas suas dimensões de singularidade e pluralidade, bem como em sua coletividade”, tendo em consideração a sua história de vida, e os “seus contextos social, cultural, económico e espiritual” (Salviano et al, 2016, p. 1241).

A dor na criança deve ser avaliada de forma peculiar pela forma como estas a manifestam, “o controlo da dor, cujo sucesso depende da sua avaliação e reavaliação sistemática, é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças (...)” (DGS, 2010, p. 4).

“O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde” (DGS, 2008, p.2).

Tendo em conta, as competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica “cuidar a criança e o adolescente com dor exige, para além de um franco conhecimento dos fármacos analgésicos existentes no mercado e dos seus critérios de administração, uma consciência perfeita e profunda de terapias não farmacológicas no alívio da dor” (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho de 2018 da OE, 2018, p. 19193).

Uma correta avaliação e tratamento da dor podem ser cruciais na redução da morbilidade, na duração do internamento, minimizando o desconforto e prevenindo complicações futuras. Embora as pesquisas na área prevenção e tratamento da dor tenham evoluído nos últimos anos, ainda existem algumas lacunas no conhecimento por parte dos profissionais. Sendo os enfermeiros os profissionais que convivem de perto com os doentes é necessário que estes conheçam os sinais da dor, de forma a poderem intervir antecipadamente no seu alívio e efetivo tratamento (Bottega, Benetti, Gomes. Stumm, 2014).

As estratégias não farmacológicas mais utilizadas pelos enfermeiros perante procedimentos dolorosos são: as medidas de conforto; embalo, “colinho”; o método canguru que reduz significativamente a duração do choro, a atividade comportamental e a diminuição da frequência cardíaca em recém-nascidos prematuros; a sucção não nutritiva com o uso da chupeta que inibe a hiperatividade e modula o desconforto do recém-nascido; a solução adocicada que diminui o tempo de choro e atenua a mímica facial de dor, através da libertação de endorfinas endógenas; o leite materno que para além dos reconhecidos benefícios nutricionais e afetivos para o recém-nascido, também pode ser uma potente intervenção para alívio da dor e a administração oral de sacarose a 24% (Guia Orientador de Boa Prática, OE, 2013).

Delineámos como objetivos específicos a realizar neste campo de estágio: Conhecer a realidade e a dinâmica do Serviço de Internamento de Pediatria, desenvolver competências no cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade no Serviço de Internamento

de Pediatria, desenvolver competências no âmbito da satisfação das necessidades de atendimento à criança/adolescente em situação de doença crónica no Serviço de Internamento de Pediatria, adquirir competências específicas na monitorização da dor na criança no Serviço de Internamento de Pediatria.

Para dar resposta aos objetivos delineados, realizámos as seguintes atividades, atuámos de acordo com as normas, protocolos instituídos no SIP, utilizámos estratégias de capacitação com o adolescente e família, de acordo com o estadio de desenvolvimento e de respeito pelas suas crenças e cultura, com vista à tomada de decisão responsável no SIP, colaborámos com a Enfermeira EESIP na prestação de cuidados à criança/ jovem e família com doença crónica, doença oncológica, deficiência/ incapacidade internados no SIP, auscultámos as dificuldades dos pais no cuidar das crianças/adolescentes com doença crónica internados no SIP, realizámos pesquisa bibliográfica sobre os instrumentos de avaliação da dor, realizámos um guia de bolso com as várias escalas de avaliação da dor sendo o mesmo divulgado à equipa de Enfermagem do SIP.

Foi um estágio muito satisfatório onde pudemos perceber a articulação do SIP com vários Serviços da comunidade, desde a articulação com a Enfermeira de família para a continuidade dos cuidados à criança/jovem e família, como na referenciação de crianças/ jovens para a Comissão de Proteção a crianças e jovens [CPCJ] e/ou Intervenção Precoce.

#### **4.4 Análise Reflexiva das Atividades Desenvolvidas na Unidade de Cuidados na Comunidade**

O estágio que decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC], faz parte do Estágio Final e justifica-se pela necessidade de desenvolver competências de EESIP na área da Saúde Escolar. Decorreu do dia 12 de novembro de 2018 a 18 de janeiro de 2019.

Às Unidades de Cuidados na Comunidade, compete, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, "prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integra-

ção em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção" (Despacho n.º 10143/2009, p. 15438).

Delineámos como objetivo geral para este Estágio: Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria na área da Saúde Escolar na Unidade de Cuidados na Comunidade.

Como objetivos Específicos delineámos: Participar nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil na Unidade de Cuidados na Comunidade, conhecer as funções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria no âmbito da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, desenvolver competências na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem na Unidade de Cuidados na Comunidade e no assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde na Unidade de Cuidados na Comunidade, promover comportamentos de vida saudáveis nas crianças e adolescentes e capacitar os adolescentes para hábitos de vida saudáveis sem tabaco.

Para dar resposta ao objetivos delineados realizámos as seguintes atividades: Realização de uma sessão formativa para os Enfermeiros da UCSP e UCC sobre a Entrevista ao Adolescente na UCC, participação nas consultas de saúde infantil, com a aplicação da Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil (SGS II) por Enfermeiros Especialistas, aplicação do instrumento referido com supervisão da Enfermeira Orientadora na UCC, perceber todo o percurso da criança na CPCJ, implementação do projeto intervenção “Educar para comportamentos de vida saudáveis na Adolescência- Prevenção do Tabagismo”, realização de um logotipo para identificação do projeto TU ESCOLHES!

No decorrer do estágio tivemos oportunidade de realizar a maioria das atividades delineadas, conseguimos realizar as sessões de educação para a saúde planeadas, participámos nas consultas de saúde infantil em parceria com a Enfermeira Orientadora no Centro de Saúde de A., numa das consultas realizadas foi a trigémeas, utilizando como instrumento de avaliação a Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil (SGS II), como futura EESIP foi deverás importante o contacto com este instrumento de avaliação, tornando-se mais facilitador a avaliação nestes três lactentes. Tivemos ainda através da Enfermeira Orientadora conhecimento de todo o percurso da criança jovem em risco, desde a sua referenciação ao caminho que esta criança/jovem e família podem percorrer na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco.

Realizámos a sessão na escola com a turma B do 5<sup>a</sup> ano onde abordámos comportamentos de vida saudáveis sem tabaco.

Nas consultas de saúde Infantil que pudemos realizar, orientamos as nossas ações tendo por base o PNSIJ, o qual recomenda através das suas orientações "uma deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção; (...) um investimento na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento (...); a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e a outros cuidadores os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade" (DGS, 2013b, p.3).

A consulta de vigilância, torna-se assim, um princípio de ouro para avaliação da condição de saúde da criança, tal como descrito no PNSIJ "é uma oportunidade privilegiada na atuação de triagem, avaliação, intervenção e orientação nas situações problemáticas. O diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco, assim como a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas" (DGS, 2013b, p. 2).

Foi na área da Saúde escolar que desenvolvemos o nosso projeto de intervenção, como já foi referido anteriormente.

Sendo a escola, um sítio onde a criança passa grande parte do tempo, este local é considerado em si mesmo como um determinante da saúde da criança (DGS, 2015a).

O meio escolar é um local imperioso para o desenvolvimento de projetos promotores de bom comportamento em saúde, visto que, estes "(...) ensinam às crianças em idade escolar a importância da tomada de decisão social na promoção da saúde. Crianças que adquiram competências de autocontrolo, consciência social e resolução de problemas através de discussões e prática na sala de aula, podem envolver-se em menos comportamentos de risco" (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 706).

É ainda, importante realçar, que Portugal, integra a Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde desde 1994, "a promoção da saúde em meio escolar, assente nos princípios das Escolas Promotoras da Saúde e numa metodologia de trabalho por projeto, tem como ponto de partida as necessidades reais da população escolar, desenvolve processos de ensino e aprendizagem que



melhoram os resultados acadêmicos e contribui para elevar o nível de literacia para a saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade educativa" (DGS, 2015a, p. 12).

Foi um estágio muito rico onde adquirimos competências para a realização de projetos de intervenção direcionados para toda a comunidade escolar bem como competências de EEESIP na área da Saúde Escolar.

## **5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS**

Competência é “saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de ação perante uma situação concreta” (OE, 2009, p. 11).

Ao longo deste capítulo, iremos realizar uma análise reflexiva sobre as competências que adquirimos ao longo destes 18 meses.

### **5.1 Análise Reflexiva Sobre Competências Comuns de Enfermeiros Especialistas**

“Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Diário da República, 2019, p. 4744). “A atribuição de Enfermeiro Especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns” (Regulamento n.º 140/2019 de fevereiro de 2019 da OE, 2019, p. 4744).

Independentemente da Especialidade escolhida, sendo ela Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, Reabilitação, Médico-Cirúrgica, Saúde Mental e Psiquiatria todos os enfermeiros partilham um conjunto de competências comuns.

O Enfermeiro Especialista contém um conjunto de conhecimentos e habilidades capazes de atuar e orientar as pessoas nas suas diferentes idades e contextos, bem como um papel chave a nível da prevenção, como é o caso do nosso projeto de intervenção, atuando na promoção de hábitos de vida saudáveis sem tabaco (Regulamento n.º 140/2019 de fevereiro de 2019 da OE, 2019).

De acordo com o presente Regulamento explanamos os 4 domínios das competências comuns do Enfermeiro: Responsabilidade profissional ética e legal, Melhoria contínua da qualidade,

Gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de fevereiro de 2019 da OE, 2019).

Em relação ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, ao longo de todo o percurso realizado nos diferentes campos de estágio houve o respeito pela criança/jovem e família, o respeito para com os seus direitos, autonomia, privacidade e verdade. No Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE] em Portugal, vemos explicitado que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015 p.101).

A enfermagem como uma profissão autorregulada rege-se por princípios éticos e deontológicos, orientados por um código, o chamado Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE, 2005). Nele estão enunciados os deveres dos profissionais, enraizados nos direitos dos cidadãos e das comunidades a quem são prestados os cuidados de Enfermagem, bem como nas responsabilidades que a profissão assume.

Ao longo do percurso formativo fomos colaborando em programas de melhoria contínua existentes nos diversos serviços onde realizamos os nossos estágios, realizando um guia de bolso para utilização nas consultas de saúde infantil- Serviço de Consultas Externas de Pediatria e também o desenvolver práticas de qualidade. Sendo também elaborada uma revisão integrativa no decorrer do Estágio Final com a temática de “O Suicídio na adolescência”.

Para poder dar resposta ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, durante este percurso desenvolvemos o autoconhecimento e assertividade participando em congressos (ANEXO V) e realização do Suporte Avançado de Vida Pediátrico (ANEXO VI). No domínio da gestão dos cuidados tivemos a oportunidade de em conjunto com a Enfermeira orientadora no Serviço de Consultas Externas assistir e participar na gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando dessa forma a equipa de enfermagem (Diário da República, 2019).

## **5.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde de Infantil e Pediátrica**

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com família/pessoa significativa em conjunto com a criança, encarando sempre este binómio, atuando em qualquer contexto em que a criança família/pessoa significativa se encontrem. (OE,2017) “Presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível” (OE, 2017, p. 3).

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica são três. “a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2017, p. 2).

Podemos referir nesta etapa que conseguimos adquirir as três competências acima mencionadas, na formação teórica e prática que desenvolvemos (APENDICE P).

A competência: assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde foi adquirida ao longo dos vários estágios realizados como já foi referido anteriormente, nomeadamente no estágio realizado na UCC. Foi realizado e implementado o projeto de intervenção “Educar para Comportamentos de vida Saudáveis na Adolescência- Prevenção do tabagismo”, projeto que se enquadra nas seguintes unidades de competência: E1.1. “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem e E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho de 2018 da OE, 2018, p. 19193).

Realizámos atividades com a população alvo do projeto em meio escolar. O meio escolar é um local imperioso para o desenvolvimento de projetos promotores de bom comportamento em

saúde, visto que, estes "(...) ensinam às crianças em idade escolar a importância da tomada de decisão social na promoção da saúde. Crianças que adquiram competências de autocontrole, consciência social e resolução de problemas através de discussões e prática na sala de aula, podem envolver-se em menos comportamentos de risco" (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 706).

Tivemos sempre o cuidado e atenção de adequar a linguagem à idade da criança e jovem respeitando a família e a cultura da mesma. As sessões de educação para a saúde sobre “Hábitos de vida saudáveis sem tabaco”, foram programadas e realizadas tendo em conta a faixa etária e grau de escolaridade das crianças, bem como nas consultas realizadas.

Na competência: “Cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade” (Diário da República, 2018, p. 19193). A situação de maior complexidade que assistimos foi a de um lactente de seis meses de idade helitransportado pela equipa pré-Hospitalar do INEM para o SUP. À chegada o lactente encontrava-se inconsciente, com necessidade de suporte ventilatório. Foi uma situação complexa que exigiu dos Enfermeiros capacidades e competências para reconhecer a instabilidade das suas funções vitais atuando de uma forma rápida e eficaz, com o principal foco estabilizar o lactente. O que nos possibilitou adquirir a unidade de competência; E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriado” (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho de 2018 da OE, 2018, p. 19193).

A abordagem à criança com doença oncológica, com dor também foi uma situação complexa. Onde pudemos no exercício das nossas funções adquirir as seguintes unidades de competência; E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas, E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho de 2018 da OE, 2018, p. 19193).

Na terceira competência “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, “Com as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, o EEESIP responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude” (Regulamen-

to n.º 422/2018 de 12 de julho de 2018 da OE, 2018, p.19194). Podemos trabalhar e adquirir esta competência na UCC, onde participámos nas consultas de Saúde Infantil, Juvenil e na Consultas ao Adolescentes. A Enfermeira Orientadora é responsável pela realização da consulta ao Adolescente, sendo uma consulta autónoma de Enfermagem.

Na realização das consultas tivemos a oportunidade de promover o desenvolvimento infantil, adquirindo desta forma, as seguintes unidades de competência: E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente. E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho de 2018 da OE, 2018, p. 19194).

Tivemos oportunidade de avaliar durante o estágio o crescimento e desenvolvimento de lactentes trigémeos com 3 meses de idade, utilizando a Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil (SGS II). Realizámos ensinamentos promotores de saúde, relacionados com a nutrição e as medidas de segurança.

### **5.3 Competências de Mestre**

O grau de mestre é conferido ao enfermeiro que demonstre conhecimentos e capacidades de compreensão, obtidos ao nível do 1º ciclo, sendo estes aplicados em casos e artigos de investigação (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro).

Ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área da Saúde Infantil e Pediátrica tivemos a oportunidade de desenvolver esta competência, na elaboração de vários trabalhos na área da Investigação, realizámos uma revisão integrativa, intitulada “Prevenir a Obesidade Infantil: serious games - Uma Estratégia na Educação para a Saúde”, e no decorrer do Estágio final desenvolvemos uma revisão integrativa intitulada “Suicídio na Adolescência” (APÊNDICE Q).

Ao longo dos vários estágios tivemos oportunidade de conhecer novas realidades onde observámos e aplicámos conhecimentos e atitudes que nos permitiram desenvolver e resolver problemas que até ao momento eram desconhecidas para nós, o que vai ao encontro da segunda competência, no saber aplicar os conhecimentos, a capacidade de compreensão bem como a resolução de problemas em situações e contextos novos (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro.).

A terceira Competência, “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro, p. 3174), está relacionada com a responsabilidade ética e deontologia dos Enfermeiros.

Enunciando o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE] em Portugal, vemos explicitado que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015 p.101).

A prática dos profissionais de saúde é influenciada de forma significativa pelos dilemas éticos e bioéticos possíveis de emergir durante o processo de cuidar em saúde, e não se restringe à simples normatização contida na legislação ou nos códigos de ética profissional, mas engloba o respeito à pessoa com ser social (Mascarenhas, Oliveira, & Rosa, 2010).

No que concerne ao ser capaz de comunicar as suas conclusões, os seus conhecimentos e raciocínios de uma forma clara e sem ambiguidades, é uma competência foi desenvolvida nas várias apresentações de trabalhos bem como na realização de sessões que elaboramos e apresentámos, em sala de aula, bem como nos vários campos de estágios realizados (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro).

E por fim a última competência que permite uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma, podemos referir nesta competência que ao longo do nosso percurso académico fomos adquirindo competências de EESIP e Mestre na realização dos estágios como na realização de trabalhos, onde a evidência foi o pilar do nosso caminho.

## 6. CONCLUSÃO

Vivemos numa sociedade em constante mudança, onde a globalização, as novas tecnologias e os sistemas de informação nos fornecem uma fonte inesgotável de conhecimento, pelo que a formação assume uma relevância preponderante devido à necessidade de renovação ou atualização destes conhecimentos. Na era da informação que estamos a atravessar, o conhecimento passa então a ser o recurso mais importante e a produtividade que advém deste conhecimento, constitui assim a chave do desenvolvimento (Chiavenato, I. 1999).

Nos últimos anos a formação tem adquirido uma importância crescente na sociedade através de uma preocupação com a aquisição de competências por parte dos profissionais, de forma a contribuir para uma valorização pessoal e profissional. A aprendizagem ao longo da vida é um importante princípio da atualidade, nomeadamente nos cuidados de saúde, uma vez que os profissionais necessitam de estar a par dos novos conhecimentos (Craig, J., Smyth, R. 2004).

O Enfermeiro deve ao longo do seu percurso profissional estar em permanente atualização, promovendo o desenvolvimento de esforços de formação nas suas várias modalidades, incluindo a autoformação, para que possa ser detentor de competências científicas, técnicas e relacionais, com o principal objetivo de prestar cuidados de excelência à criança/jovem e família (OE, 2015).

Ao longo de todo o nosso percurso profissional e académico procurámos essa atualização, baseada na evidência científica mais atual.

A realização do Estágio I bem como a Realização do Estágio Final permitiu-nos mobilizar conhecimentos adquiridos na teoria para a prática permitindo desta forma adquirir competências de EEESIP e Mestre.

O planeamento e implementação do projeto “TU ESCOLHES” contribuiu não só para a adoção de hábitos de vida saudáveis sem tabaco por parte dos adolescentes, mas também, para a aquisição de competências de EEESIP na área da saúde Escolar. Foram realizadas sessões de educação para a saúde, com o objetivo de capacitar os jovens para hábitos de vida saudáveis sem tabaco. O nosso projeto deverá ter continuidade durante o ano letivo presente, sendo apresentado pela Enfermeira responsável pela Saúde Escolar.



A escola é um espaço privilegiado de atuação no que toca à educação para a saúde. É na escola que as crianças passam grande parte do tempo, onde convivem entre si e adquirem alguns comportamentos que podem ser promotores de saúde ou comprometer a saúde, estas aprendizagens e comportamentos que crianças e jovens adquirem na escola, têm tendência a levar para casa e passar aos que lhes são mais próximos, como os seus pais e irmãos, assim, se estes comportamentos promoverem a saúde podem obter-se grandes ganhos (PNSE, 2015a).

O enfermeiro EEESIP deve assumir um lugar de destaque nestas equipas de Saúde Escolar, pois revelam-se uma mais-valia na comunidade, na promoção da saúde, através do desenvolvimento de projetos que implementam/participam e nas sessões de educação para a saúde que realizam, em que o foco é a criança e o jovem. Tem que ser enquadrado e encarado como peça chave na implementação das medidas e estratégias preconizadas no âmbito da promoção da saúde, como medida de combate ao consumo do tabaco.

É necessário trabalhar com empenho, implementando e aumentando a eficácia de todas as medidas. Todos os setores são necessários nesta luta que terá que ser forçosamente assente, numa visão intersectorial.

Ao longo do Relatório delineámos os objetivos que nos propusemos atingir, podendo dizer nesta etapa do Relatório, que atingimos os objetivos propostos. Evidenciámos ao longo do relatório capacidade de reflexão crítica utilizada na prática clínica, o que descrevemos no capítulo análise reflexiva do percurso formativo. Todas as escolhas que fizemos ao longo do percurso formativo foram escolhas baseadas na evidência científica mais atual.

Podemos verificar através da avaliação realizada no projeto o aumento de conhecimentos adquiridos pelos alunos durante e após a sessão. Ficaram mais elucidados acerca dos malefícios que o tabaco provoca ou pode vir a provocar num futuro próximo. Também abordámos a influência social, como os amigos e família podem influenciar a iniciação do consumo de tabaco. Todas estas temáticas foram abordadas com interesse e participação por parte dos alunos.

Podemos concluir que este Relatório é certamente uma ponte para o futuro, que nos permitiu consolidar conhecimentos, adquirir competências e capacidades enquanto futuras EEESIP, foi um percurso composto por desafios, que foram ultrapassados com trabalho e colaboração de todos aqueles que nos ensinaram a ser melhores profissionais e melhores pessoas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, L. (2007). Psicologia pediátrica e promoção da saúde. In J. Teixeira, Psicologia da Saúde: contextos e áreas de intervenção: Lisboa: Climepsi Editores. p. 161-186.

Bottega, F. H. Benetti E.R.R. Benetti, P.E. Gomes, J.S. Stumm, E.M.F. (2014). Avaliação da dor em neonatos e crianças em terapia intensiva. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental.

Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. Advances in child, health nursing. London

Celeste, S. (2010). Adolescentes e Comportamentos de Saúde. Repositório Científico: Instituto Politécnico de Lisboa.

Cordeiro, M. (2009). O Grande Livro do Adolescente. A esfera dos Livros.

Chiavenato, I. (1999). Gestão de pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações. (6ª Ed). Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda.

Craig, J. Smyth, R. (2004). Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro. Diário da República nº 257/91 - I Série A. Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto nº 25/05, de 8 de novembro de (2005). Diário da República. 1ª Série. A N.º 214. (6456-(2)- 6456-(35)). [Acedido a 02 de janeiro 2019]

Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro de 2008. Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de2008-02-22.pdf>

Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro. Diário da República - 1.ª série — N.º 176. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa. [Acedido a 11 de janeiro de 2019].

Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril de 2009, Ministério da Saúde. Diário da República, 2.ª série N.º 74

Despacho n.º 1057/2015, 2 de fevereiro de (2015). Diário da República, 2.ª série. (p. 3039).

Diogo, P. Vilelas, J. Rodrigues, L. Almeida, T. (2015). Enfermeiros com Competência Emocional na gestão dos Medos de crianças em Contexto de urgência. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, N.º 13

Direção-Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCP, de 18/06/2008. Ministério da Saúde. Lisboa.

Direção Geral de Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. N.º 014/2010. Ministério da Saúde. Lisboa.

Direção Geral de Saúde. (2013a). Plano Nacional Para A Prevenção e Controlo do Tabagismo. Lisboa: Direção Geral de Saúde. [Acedido a 02 de janeiro 2019]; disponível em <http://www.dgs.pt/>.

Direção Geral da Saúde. (2013b). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde. (2015a). Plano Nacional de Saúde Escolar. Lisboa: Direção Geral de Saúde. [Acedido a 05 de abril de 2019]; disponível em <http://www.dgs.pt/>.

Direção Geral da Saúde. (2015b). Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020. [Acedido a 12 de Janeiro de 2019]; disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2015c). Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde. [Acedido o a 15 de março de 2019]; disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-e-estrategias-locais-de-saude1.aspx>

Direção- Geral da Saúde. (2016). Portugal Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números 2015. Lisboa: Direção Geral de Saúde. [Acedido a 05 de janeiro 2019]; disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-em-numeros-201511.aspx>.

Direção Geral de Saúde. (2017). Plano Nacional Para A Prevenção e Controlo do Tabagismo. Lisboa: Direção Geral de Saúde. [Acedido a 05 de janeiro 2019]; disponível em <http://www.dgs.pt/>.

Direção Geral de Saúde. (2018). Saúde Infantil e Juvenil Portuga. Lisboa: Direção Geral de Saúde. [Acedido a 10 de fevereiro 2019]; disponível em <http://www.dgs.pt/>.

European Commission. (2012). Attitudes of Europeans towards tobacco: Report. Special Eurobarometer 385. Brussels: TNS Opinion & Social.

Feijão, F. (2016). Estudo sobre os consumos de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências. ECATD-CAD 2015. SICAD. Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências. [Acedido a 9 de janeiro de 2019]. Disponível em: [http://www.sicad.pt/BK/Documents/2016/SICAD\\_ECATD\\_15\\_Sum%C3%A1rio%20Executivo.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Documents/2016/SICAD_ECATD_15_Sum%C3%A1rio%20Executivo.pdf)

Ferreira, M. Costa, M. (2004). Cuidar em Parceria: Subsídio para a vinculação pais / bebés pré termo. Escola Superior de Enfermagem de Viseu: p.51-57

Figueiredo, M. H. (2009). Enfermagem de família: Um contexto do cuidar. (Tese de doutoramento). Disponível no repositório aberto da Universidade do Porto.

Giron, M.P.N. Souza, D.P. & Fulco, A.P.L. (2010). Prevenção do tabagismo na adolescência: um desafio para a enfermagem. *Revista Mineira Enfermagem*, 14 (4), 585-594.

Guerreiro, D. Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: Uma Revisão da Literatura com foco na investigação em língua portuguesa. Rev Port Saúde Pública [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública: 31(2): p. 213 – 222. [Acedido a 10 de janeiro de 2019].

Hojos, G. Borjas, D. Ramos, A. Meléndez, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM .Vol 8.No. 4. [Acedido a 12 de fevereiro de 2019]

Hockenberry, J. Wilson, D. Winkelstein, L. (2014). - Wong Enfermagem da Criança e Adolescente. Loures: Lusociência: Volume I. 9.a Edição. ISBN: 978-989-748-004-1

Imperatori, E. & Giraldes, M.R. (1993). Metodologias de Planeamento em Saúde. (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública;

Inácio, M. (2007). Manual do Formando “O Processo de Aprendizagem”. Delta Consultores e perfil em Parceria: Lisboa.

Leão, D. M., Silveira, A., Rosa, E. O., Balk, R. S., Souza, N. S., Torres, O. M. (2014). Cuidado Familiar no Âmbito Domiciliar à Criança com Doenças Crônicas: Revisão Integrativa. Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(supl.1):2445-54. ISSN: 1981-8963 DOI: 10.5205/reuol.5927-50900-1-SM.0807supl201432

Lei n.º 63/2017, de 3 de agosto de 2017. Diário da República, 1.ª série — N.º 149. Assembleia da Republica. (455-4477) [Acedido a 12 de janeiro de 2019]; disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/107805893/details/maximized>

Lourenço, S. (2009). Prevenindo Comportamentos de Risco: um exemplo numa escola TEIP. Mestrado em Educação, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, Departamento de Educação, Lisboa.

Lourenço, M. (2015). Obesidade Infantil. Prevenir é a melhor opção. Universidade Católica Editora: p. 13-43

Mascarenhas, N. B. Oliveira, D. & Rosa, S. (2010). Bioética e formação do Enfermeiro; uma interface. Abr-Jun, 19(2), 366–71366.

Matos, G. M. Simões, C. Camacho, I. Reis, M. (2014). A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Relatório de estudo HBSC 2014. (2014). Lisboa: Aventura Social & Saúde.

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. Health Promotion International, n. ° 13, 349364

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional. Lisboa. [Acedido a 19 de fevereiro de 2019]; disponível em: <http://www.ordemEnfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematico s2.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador De Boa Prática. Estratégias Não Farmacológicas No Controlo Da Dor Na Criança. Série 1- Número 6.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. ASSEMBLEIA EXTRAORDINÁRIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde. (2002). Metas de Saúde 21. Saúde para todos no Século XXI. Loures: Lusociência.

Organização Mundial de Saúde. (2008). Mpower: Um Plano de Medidas para Reverter a Epidemia do Tabagismo. [Acedido a 9 de janeiro de 2019]; disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=tabagismo-132&alias=375-mpower-um-plano-para-reverter-a-epidemia-tabagismo5&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=tabagismo-132&alias=375-mpower-um-plano-para-reverter-a-epidemia-tabagismo5&Itemid=965)

Pedro, A. Amaral, O. Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume 34, Issue 3, P. 259-275. [Acedido a 18 de abril de 2019] em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902516300311>

Pender, N. J. Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2011). Health promotion in nursing practice. New Jersey: Upper Saddle River

Precioso, J. (2004). – Quando e porque começam os estudantes universitários a fumar: Implicações para a prevenção. *Análise Psicológica*. 3:499-506.

Pratta, E. Santos, M. (2007). Família e Adolescência: A Influência do Contexto Familiar no Desenvolvimento psicológico dos seus membros. *Psicologia em Estudo*. Vol.12. n.2. p. 247-256. ISSN 1413-7372.

Precioso J. Macedo M. Rebelo L. (maio/junho de 2007). Relação Entre o Tabagismo dos Pais e o Consumo de Tabaco dos Filhos: Implicações para a Prevenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 259-266.

Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem. (2018). Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde - Évora, Portalegre, Beja, Setúbal e Castelo Branco.

Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho. Diário da República nº 133 - 2ª série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. [Acedido a 17 de janeiro de 2018]; disponível em: <https://www.ordemEnfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. [Acedido a 12 de dezembro de 2018].

Ruivo, M. Ferrito, C. Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. Nº15

Salviano, M. E. Nascimento, P. Paula, M. Vieira, C. Frison, S. Maia, M. Souza, K. Borges, E. (2016). E. Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. *Rev. Bras Enferm*, 69(6), p. 1240-1245. Doi:10.1590/0034-7167-2016-0331.

Schneider, D. & Flach, P. (2017). COMO CONSTRUIR UM PROJETO DE INTERVENÇÃO? Eixo dos instrumentos. In Portal de Formação à Distância. [Acedido a 5 de dezembro de 2018] em

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uKfVNlzlHpsJ:www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170427-095100-001.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

ULSBA. (2017). Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE. [Acedido a 12 de novembro, 2018]. Disponível em <http://www.ulsba.min-saude.pt/>.

Victor, J. Lopes, M. Ximenes, L. (2005, julho-setembro). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paulista de Enfermagem. (Vol. 18). P. 235-240. São Paulo. [Acedido a 17 de março de 2019] em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002005000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300002)

World Health Organization. (1986). Carta de Ottawa. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (pp. 1-9). Ottawa: World Health Organization.

World Health Organization. (2017). WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC. Monitoring tobacco use and prevention policies.



## **ANEXOS**

## ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética



### EXTRATO DA ACTA DA REUNIÃO N.º 01/2019 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 16.01.2019 (Ata n.º 04, Ponto 3.1)

Aos quatro dias do mês de janeiro de dois mil e dezanove, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Paradela do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, reuniu extraordinariamente a Comissão de Ética estando presentes: Aida Maria Matos Pardal, Enfermeira, Ana Matos Pires, Assistente Graduado-Sênior de Psiquiatria, Diretora do Serviço de Psiquiatria e Presidente desta Comissão, Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Sandra Manuela Figueira Heleno Serrano, Enfermeira do Gabinete de Promoção e Garantia da Qualidade, Sara Isabel Veiga Martins, Assistente de Medicina Geral e Familiar, e Sílvia Edgar Aurélio Lampreia Guerreiro, Farmacêutica. ««PONTO DOIS – EDOC/49784 – Projeto «Educar para comportamentos de vida saudáveis na Adolescência» a levar a cabo pela Enfermeira Ana Patrícia Dâmaso Dionísio Coelho. -----


--- Após a reunião com a Presidente da Comissão de Ética no passado dia 11 de dezembro de 2018, foram feitas as correções necessárias ao estudo e apresentados os novos documentos. Em nome da Comissão de Ética a Presidente deu parecer favorável. -----

15 de janeiro 2019

A Presidente da Comissão de Ética

Ana Matos Pires

## ANEXO II - Questionário utilizado e aplicado aos alunos do 5ºano de uma Escola do distrito de Beja



Este material didático foi elaborado no âmbito do projeto PTDC7CPE-CED/098281/2008, financiado por Fundo FEDER através do Programa Operacional Fatores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projeto FCOMP-01-0124-FEDER-009117


Em primeiro lugar, **OBRIGADO** por colaborares neste estudo!  
 Este questionário serve para estudar quantas crianças no nosso país estão expostas ao fumo de tabaco em casa ou no carro. Só poderemos realizar esse estudo se tu responderes com sinceridade. Lembramos que isto não é um teste, portanto não existem respostas certas ou erradas. As tuas respostas são confidenciais - apenas as pessoas responsáveis pelo estudo terão acesso ao que respondeste! **Por favor, lê cada questão com calma e responde honestamente**©


Escola: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### PARTE I

1. Qual é a tua idade? \_\_\_\_\_ anos

2. És rapaz ou rapariga? (coloca uma ☒ no quadrado que corresponde à tua resposta)

☐ **Rapaz** 

☐ **Rapariga** 

3. Indica as pessoas com quem vives, habitualmente. (exemplo: *Vivo com: pai, mãe e irmã.*)

3.1. Vivo com: \_\_\_\_\_.

4. Qual a escolaridade dos teus pais?

**Escolaridade** (coloca uma ☒ no quadrado que corresponde aos estudos dos teus pais)

	Nunca estudou	Até ao 4ºano (1ºciclo)	Até ao 6ºano (2ºciclo)	Até ao 9ºano (3ºciclo)	Até ao 12ºano (Secundário)	Ensino Superior (Universidade)	Não sei
4.1. Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Qual a profissão dos teus pais? (se não souberes, escreve "não sei")

5.1. Do Pai: \_\_\_\_\_

5.2. Da Mãe: \_\_\_\_\_

6. Vives numa: (coloca uma ☒ no quadrado que corresponde à tua resposta)

☐ **Aldeia**

☐ **Vila**

☐ **Cidade**

Página 1  
(continua...)

## PARTE II

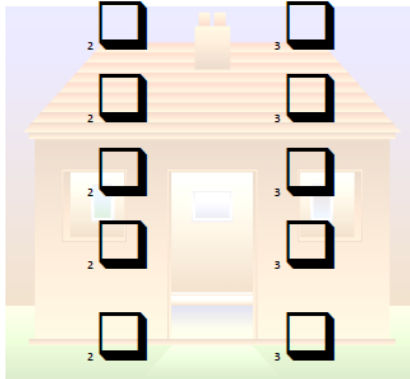
7. Alguma das seguintes pessoas **fuma?** (coloca uma única ☒ por cada uma das pessoas)?



	Não fuma	Sim, por vezes	Sim, todos os dias	Não sei/Não tenho
7.1. Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2. Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3. Irmão(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4. Outra pessoa com quem vives: (indica quem é) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Alguma das seguintes pessoas **fuma dentro da casa onde vives?**

	Não fuma	Sim, todos os dias	Sim, por vezes	Não fuma dentro de casa	Não sei/Não tenho/Não vive na minha casa
8.1. Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2. Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3. Irmão(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4. Outra pessoa com quem vives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5. Outra pessoa que vá à tua casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



9. Em que locais da casa as seguintes pessoas costumam fumar (coloca mais do que uma ☒ se fumarem em mais do que um local)?



	Não fuma ou não fuma em casa	Em varandas ou em jardins da casa ao ar livre	À janela ou perto de portas abertas para o exterior	Cozinha	Sala de Jantar	Sala de estar	Casa-de-banho	Quartos
9.1. Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2. Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3. Irmão(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4. Outra pessoa com quem vives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5. Outra pessoa que vá à tua casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

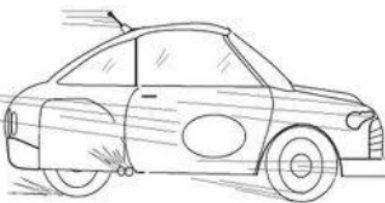
10. Em tua casa, como são as regras relativas a fumar dentro de casa?

- 1 ☐ Não se pode fumar em nenhuma divisão dentro de casa
- 2 ☐ Pode-se fumar em algumas partes/divisões da casa
- 3 ☐ Pode-se fumar em qualquer parte/divisão da casa
- 4 ☐ Pode-se fumar apenas em ocasiões especiais (exemplo: festas, visitas de amigos)
- 5 ☐ Não sei

### PARTE III

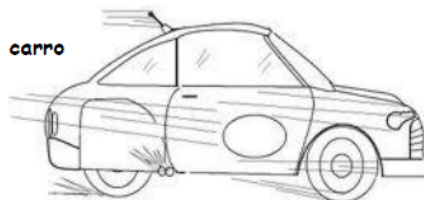
11. Num dia normal, em média, quanto tempo passas dentro do carro? (coloca uma única ☒)

- 1 ☐ Mais de 1 hora por dia
- 2 ☐ De 30 minutos a 1 hora por dia
- 3 ☐ De 15 minutos a 30 minutos por dia
- 4 ☐ Menos de 15 minutos por dia
- 5 ☐ Não costumo andar de carro
- 6 ☐ Não sei



12. Pode-se fumar no carro onde costumás ser transportado? (coloca uma única ☒)

- 1 ☐ Sim, pode-se fumar
- 2 ☐ Sim, pode-se fumar se eu não estiver dentro do carro
- 3 ☐ Não. É proibido fumar dentro do carro
- 4 ☐ Não costumo andar de carro
- 5 ☐ Não sei



13. Quando estás dentro do carro, as pessoas costumam fumar? (coloca uma única ☒)

- 1 ☐ Sim, sempre
- 2 ☐ Sim, algumas vezes
- 3 ☐ Não fumam quando eu estou dentro do carro (ou outra/s criança/s)



### **ANEXO III** - Filme elucidativo aos malefícios do tabaco

<https://www.youtube.com/watch?v=7xxJVkZe4-k>

## ANEXO IV - Modelo de Avaliação da Sessão de Formação

Unidade Formativa da Saúde Acreditada pelo Despacho nº 380 de 20/04/99  
da Ministra da Saúde  
Renovação por Despacho de 13/12/2000 do Secretário de Estado dos Recursos Humanos e da  
Modernização da Saúde para o QCA III

### AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Formando: \_\_\_\_\_

Considerando a escala de 1 a 5, em que o 1 corresponde ao valor mais baixo e 5 ao valor mais alto, classifique a utilidade da sessão de formação tendo em conta os pontos que se seguem, assinalando com um círculo o número correspondente à sua opinião:

1. Metodologia utilizada	2. Clareza da exposição	3. Domínio dos conteúdos abordados	4. Resposta às necessidades
5	5	5	5
4	4	4	4
3	3	3	3
2	2	2	2
1	1	1	1

Sugestões:

### AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Objetivos específicos	Atingiu	Não atingiu

O (A) Enfermeiro (a) Responsável pela Formação em Serviço \_\_\_\_\_

CFM, A Coordenadora do NEPE: \_\_\_\_\_

## ANEXO V - Certificados de Participação em Congressos



**ULSBA**  
Unidade Local de Saúde  
do Baixo Alentejo, EPE

### MINISTÉRIO DA SAÚDE CERTIFICADO

### DE FREQUÊNCIA

### DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que ANA PATRÍCIA DIONÍSIO COELHO  
(nome do formando)

natural de Castro Verde, nascido em 26/03/1984  
(local de nascimento) (data de nascimento)

de nacionalidade Portuguesa Sexo Feminino, portador do documento  
de identificação Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão n.º 12614418

emitido pela Republica Portuguesa, de/até      /      /     

Enfermeira, do (a) Unidade Local de Saúde  
(categoria) (Instituição)

do Baixo Alentejo, E.P.E., concluiu, em 21/ 11 / 2018,

O Curso de Formação Profissional Sobre "V Encontro de Serviço de  
Psiquiatria de Infância e Adolescência da ULSBA"

promovido pelo SERVIÇO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL, Entidade  
Formadora Acreditada por Despacho da Sr.ª Ministra da Saúde de 20-04-1999,  
realizado na Sala de Conferências do Hospital José Joaquim Fernandes - Beja  
no período de 21 de Novembro de 2018 a 21 de Novembro  
de 2018, atingindo a frequência o total de 06 horas de formação.

Beja, em 27 de Novembro de 2018.

Serviço de Formação  
Profissional

Maria do Rosário Simão  
Coordenadora do Serviço de Formação Profissional

Certificado n.º. 918/2018

O Conselho de Administração

Maria Conceição Margalha  
Presidente





MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Aperfeiçoamento Profissional

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 (CNAF, Portaria nº 310/2001, de 2 de Abril)

PLANO CURRICULAR:

*V Encontro do Serviço de Psiquiatria de Infância e  
Adolescência da ULSBA*

**PROGRAMA**

Unidades Temáticas

N.º TOTAL: 6 horas.

**09:00h Sessão de abertura** | *Dra. Conceição Margalha* (Presidente do CA da ULSBA), *Dr. José Aníbal Soares* (Diretor Clínico Hospitalar), *Dra. Isabel Santos* (Diretora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e do Serviço de Psiquiatria de Infância e Adolescência da ULSBA), *Dr. Francisco Barrocas* (Coordenador do Grupo de Psicologia da ULSBA) e *Enfermeiro Bento César* (Chefe de Enfermagem de Ambulatório do DPSM)

**9:30h Comportamentos autolesivos na adolescência** | *Dra. Isabel Santos* (Assistente Graduada Senior, Diretora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e do Serviço de Psiquiatria de Infância e Adolescência da ULSBA) e *Dra. Jesus Figueira* (Psicóloga Clínica do Serviço de Psiquiatria de Infância e Adolescência da ULSBA)

**10:30h Perturbação bipolar na infância e adolescência** | *Dra. Paula Correia* (Assistente Graduada Senior, do Serviço de Psiquiatria de Infância e Adolescência do Centro Hospitalar da Cova da Beira)

**11:15h Intervalo**

**11:30h Linha SPIA - Beja** | *Enfermeira Raquel Domingues* e *Enfermeira Ana Colaço* (Serviço de Psiquiatria de Infância e Adolescência da ULSBA)

**12:00h Debate**

**12:30h Almoço**

**14:00h Workshop «Promoção e prevenção em saúde mental de infância e adolescência»**

► **Escolhas saudáveis na era digital** | *Dra. Ana Carolina Santos* (Psicóloga clínica do Serviço de Peripsiquiatria do Centro Hospitalar da Cova da Beira)

► **Colaboração do SPIA no Projeto Laço Azul** | *Dra. Maria João Soares* (Técnica Superior de Psicomotricidade do SPIA da ULSBA) e *Dra. Elsa Engana* (Técnica Superior de Serviço Social do SPIA da ULSBA)

**15:30h A intervenção da nutricionista no Serviço de Psiquiatria de Infância e Adolescência** | *Dra. Carla Pinheiro* (Nutricionista do Serviço de Alimentação e Dietética da ULSBA)

**16:00h Encerramento**

OBSERVAÇÕES: O Curso não prevê avaliação de conhecimentos.

OUTRAS: \_\_\_\_\_

## ANEXO VI - Certificado Suporte Avançado de Pediátrico



European Resuscitation Council vzw  
Emile Vanderveldelaan 35  
BE-2845 Niel - Belgium

# Ana Patricia Coelho

26/03/1984

Received the ERC qualification

## European Paediatric Advanced Life Support (EPALS)

In Setúbal, Portugal

Miguel Santos FÉLIX  
Course Director



Date last course: 25/01/2019

This certificate is valid from 25/01/2019 to 25/01/2024

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-679-075593

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Tabelas de análise de dados

**Tabela nº1-** Distribuição do número de pais que fumam.

Respostas	Pai Fuma	
	Nº Alunos	Percentagem
Não Fuma	21	63,6%
Sim (às vezes)	5	15,2%
Sim (todos os dias)	7	21,2%
Total	33	100%

**Fonte:** Resultado do questionário aplicado aos estudantes de uma escola do Distrito de Beja

**Tabela nº2-** Distribuição do número de mães que fumam.

Respostas	Mãe Fuma	
	Nº Alunos	Percentagem
Não Fuma	28	84,8%
Sim (às vezes)	2	6,1%
Sim (todos os dias)	1	3%
Não respondeu	2	6,1%
Total	33	100%

**Fonte:** Resultado do questionário aplicado aos estudantes de uma escola do Distrito de Beja

**Tabela nº3-** Distribuição do número de irmãos que fumam.

Respostas	Irmãos Fumam	
	Nº Alunos	Percentagem
Não Fuma	15	45,5%
Sim (às vezes)	1	3%
Sim (todos os dias)	10	30,3%
Sem resposta	7	21,2%
Total	33	100%

**Fonte:** Resultado do questionário aplicado aos estudantes de uma escola do Distrito de Beja

**Tabela nº4-** Distribuição do número de pais que fumam dentro de casa.

Respostas	Pais que fumam dentro de casa	
	Nº Alunos	Percentagem
Sim (todos os dias)	4	12,1%
Sim (por vezes)	1	3%
Não fuma dentro de casa	23	69,7%
Não sei/ Não tenho casa/ Não vive em minha casa	5	15,2%
Total	33	100%

**Fonte:** Resultado do questionário aplicado aos estudantes de uma escola do Distrito de Beja

**Tabela nº5-** Distribuição do número de mães que fumam dentro de casa.

Respostas	Mães que fumam dentro de casa	
	Nº Alunos	Percentagem
Sim (todos os dias)	1	3%
Sim (por vezes)	3	9,1%
Não fuma dentro de casa	26	78,8%
Não sei/ Não tenho casa/ Não vive em minha casa	3	9,1%
Total	33	100%

**Fonte:** Resultado do questionário aplicado aos estudantes de uma escola do Distrito de Beja

**Tabela nº6-** Distribuição do número de irmãos que fumam dentro de casa.

Respostas	Irmãos que fumam dentro de casa	
	Nº Alunos	Percentagem
Sim (todos os dias)	1	3%
Sim (por vezes)	3	9,1%
Não fuma dentro de casa	22	66,6%
Não sei/ Não tenho casa/ Não vive em minha casa	7	21,3%
Total	33	100%

**Fonte:** Resultado do questionário aplicado aos estudantes de uma escola do Distrito de Beja

**Tabela nº7-** Distribuição do local que os pais fumam dentro de casa.

Respostas	Pai em que local fuma	
	Nº Alunos	Percentagem
Não fuma ou não fuma em casa	22	66,7%
Fuma em varandas ou jardins	4	12,1%
Fuma à janela ou perto de portas abertas para o exterior	1	3%
Fuma na sala de jantar	1	3%
Sem resposta	5	15,2%
Total	33	100%

**Fonte:** Resultado do questionário aplicado aos estudantes de uma escola do Distrito de Beja

**Tabela nº8-** Distribuição do local que as mães fumam dentro de casa

Respostas	Mãe em que local fuma	
	Nº Alunos	Percentagem
Não fuma ou não fuma em casa	25	75,8%
Fuma em varandas ou jardins	2	6%
Fuma à janela ou perto de portas abertas para o exterior	1	3%
Sem resposta	5	15,2%
Total	33	100%

**Fonte:** Resultado do questionário aplicado aos estudantes de uma escola do Distrito de Beja

**Tabela nº9-** Distribuição do local que os irmãos fumam dentro de casa.

Respostas	Irmão em que local fuma	
	Nº Alunos	Percentagem
Não fuma ou não fuma em casa	19	57,7%
Fuma em varandas ou jardins	2	6%
Fuma à janela ou perto de portas abertas para o exterior	2	6%
Sem resposta	10	30,3%
Total	33	100%

**Fonte:** Resultado do questionário aplicado aos estudantes de uma escola do Distrito de Beja

**Tabela nº 10** – Distribuição das regras relativas a fumar dentro de casa.

Respostas	Regras em relação a fumar dentro de casa	
	Nº Alunos	Percentagem
Não se pode fumar em nenhuma divisão dentro de casa	29	88%
Pode-se fumar em algumas partes/divisões da casa	1	3%
Não sei	1	3%
Sem resposta	2	6%
Total	33	100%

**Fonte:** Resultado do questionário aplicado aos estudantes de uma escola do Distrito de Beja

**Tabela nº 11-** Distribuição das regras relativas ao fumar no carro.

Respostas	Pode fumar dentro do carro onde o aluno é transportado	
	Nº Alunos	Percentagem
Sim pode-se	1	3%
Não se fuma	29	88%
Não costumo andar de carro	1	3%
Não sei	1	3%
Sem resposta	1	3%
Total	33	100%

**Fonte:** Resultado do questionário aplicado aos estudantes de uma escola do Distrito de Beja



## APÊNDICE B - Cronograma do Projeto

Mês/ Atividade	Novembro	Dezembro	Janeiro
Reunir com a equipa UCC de Almodôvar			
Divulgação do Projeto junto das colegas UCC de Almodôvar			
Discutir tema do Projeto			
Pesquisa bibliográfica			
Diagnóstico de Situação			
Definição de Objetivos			
Planeamento			
Execução do projeto			
Sessão de educação para a Saúde			
Avaliação do projeto			
Realização do Relatório de Estágio			

**APÊNDICE C** - Pedido de autorização para realização de sessões de educação para a Saúde à Exm<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Diretora de um Agrupamento de Escolas do distrito de Beja.

**MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO**



Exma. Sr<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Diretora do Agrupamento de uma Escola do Distrito de Beja

Eu, Ana Patrícia Dâmaso Dionísio Coelho, Enfermeira na Unidade de Cuidados Personalizados de Aljustrel, encontro-me a frequentar o II Curso Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica, lecionado no Instituto Politécnico de Setúbal.

No âmbito deste mestrado, estou a desenvolver um projeto de Estágio, Orientado pela Professora Doutora Maria Antónia Chora, com o título “Educar Para comportamentos de vida Saudáveis na Adolescência - Prevenção do tabagismo”

Como objetivo geral para este projeto delineámos:

- Capacitar os alunos do 5ºano de uma escola do distrito de Beja para a adoção de hábitos de vida saudáveis sem tabaco

Neste momento encontro-me a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade A sob a orientação da Enfermeira Especialista Rita.

Para poder dar resposta aos objetivos acima explanados venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para a realização de sessões de educação para a saúde numa turma de 5º ano.

Agradeço a sua atenção e disponibilidade

Sem outro assunto de momento

Enfermeira Ana Coelho

## APÊNDICE D - Consentimento Informado para os pais/ Encarregados de Educação dos alunos do 5º ano de uma Escola do Distrito de Beja



### Exmo (a). Sr(a). Encarregado(a) de Educação do(a) aluno(a) do 2º ciclo, 5º Ano de um Agrupamento de Escolas do distrito de Beja

O consumo de tabaco é considerado um dos maiores problemas de saúde pública, sendo responsável por mais mortes do que qualquer outra doença. Sabemos que cada vez mais cedo se inicia o consumo de tabaco, e por isso, maior será a dependência e os problemas de saúde que daí resultam. A escola é um local excelente para prevenir o consumo de tabaco, especialmente na fase da adolescência, quando se iniciam a maioria dos consumos.

Eu, Ana Patrícia Dâmaso Dionísio Coelho, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Setúbal venho por este meio, pedir autorização para que os vossos educandos preencham um Questionário, no sentido de dar a sua opinião acerca desta temática, para depois poder ir de encontro das suas necessidades de educação para a saúde. O questionário pretende identificar os conhecimentos e atitudes do jovem face ao tabaco. A participação neste estudo é voluntária e poderá desistir da sua participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização. Este questionário não requer identificação dos participantes, pelo que é anónimo. Para colocar dúvidas pode contactar comigo, Enfermeira Ana Coelho, através do correio eletrónico (...).

-----  
Na qualidade de encarregado de educação do(a) aluno(a) \_\_\_\_\_ da turma\_\_\_\_\_, de um Agrupamento de Escolas do distrito de Beja tomei conhecimento e autorizo /não autorizo o meu educando a preencher o questionário para a execução do projeto de Prevenção do Tabagismo na Adolescência, na área da Saúde Escolar.

Assinatura do Encarregado de Educação

x \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## APÊNDICE E - Pedido de autorização para a aplicação do Questionário ao Senhor Professor José Precioso

28/04/2019

Email – Ana Coelho – Outlook

### Solicitação de questionário

Ana Coelho

Ter, 11/12/2018 23:27

Para: precioso@ie.uminho.pt <precioso@ie.uminho.pt>

Exmo. Senhor Professor Jose Precioso

Chamo-me Ana Patrícia Dionísio Coelho, sou Enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Aljustrel integrado na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo e aluna de Mestrado em Associação na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Instituto Politécnico de Setúbal.

Estou a realizar o meu projeto de intervenção na UCC de Almodôvar direccionado para a Saúde Escolar com o tema Prevenção do tabagismo na adolescência e irei precisar de um questionário. Quero pedir se pode solicitar o seu questionário para poder aplicar à população alvo, que vão ser os alunos do 5º ano do agrupamento de escolas de Almodôvar.

Cumprimentos

Obrigada

Ana Coelho

28/04/2019

Email – Ana Coelho – Outlook

### RE: Solicitação de questionário

José Precioso <precioso@ie.uminho.pt>

Qua, 12/12/2018 09:09

Para: 'Ana Coelho' <AnaDCoelho2015@hotmail.com>

Cc: 'Isabel Sousa' <ismariaisabelsousa@gmail.com>

Bom dia Srª Enfermeira.

Se quiser implementar e avaliar o programa Domicílios sem Fumo temos um questionário. Este destina-se a proteger as crianças do 4º ou 6º ano da exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa.

Se pretender avaliar os programas Smokeout I ou Smokeout II, respetivamente para prevenir o consumo de tabaco por estudantes do 6º ou 9º ano, há outros questionários.

Mas a doutora Isabel Sousa irá enviar-lhe os respetivos questionários e depois, se precisar de mais ajuda, diga.

Um bom dia para si.

Precioso

Nota. Isabel, envie os questionários à sr enfermeira com conhecimento para mim.

## Avaliação da sessão “ Prevenção de hábitos Tabágicos”



### AVALIA OS TEUS CONHECIMENTOS

1- Diz se são verdadeiras (V) ou falsas (F) as seguintes afirmações:

- Um fumador vive em média menos 7 anos \_\_\_\_\_
- Cada cigarro contém 10000 Substâncias tóxicas \_\_\_\_\_
- O Tabaco provoca várias doenças, nomeadamente Gripe \_\_\_\_\_
- Cada cigarro rouba 5 minutos de vida \_\_\_\_\_
- O consumo de tabaco provoca mau hálito \_\_\_\_\_

2- Nas figuras a baixo identifica o pulmão de um fumador e o pulmão de um não fumador.



3- Faz corresponder os componentes que constituem o cigarro:

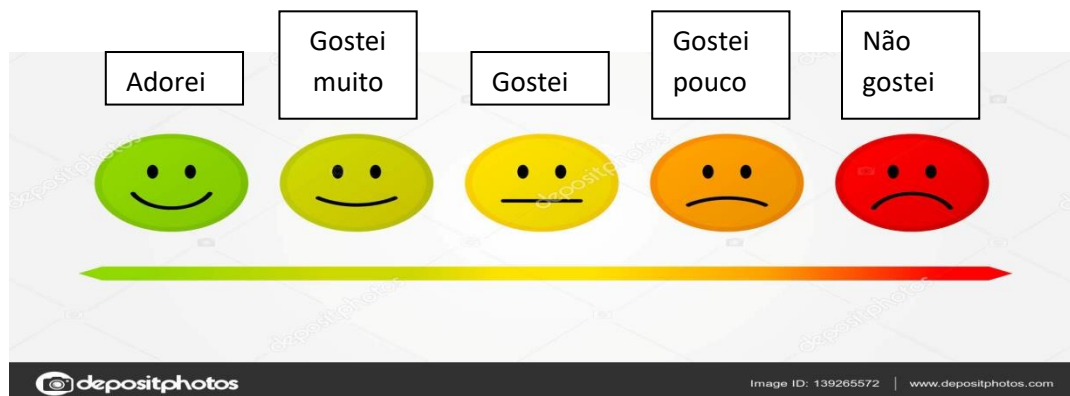
- Nicotina ●
- Água ●
- Formol ●
- Acetona ●
- Açúcar ●
- Alcatrão ●



4- Assinala com um X as Vantagens de Não Fumar:

- Manter a forma física ☐
- Ser mais saudável ☐
- Dentes mais brancos e saudáveis ☐
- Ter menos dinheiro ☐

5- Gostas-te desta sessão, assinala com um X a face que mais se parece com a tua satisfação:



OBRIGADA!

## APÊNDICE G - Folha de presenças dos alunos que participaram na sessão

### SAÚDE ESCOLAR 2018-2019 SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

<b>Data: 14-01-2019</b>		<b>Local: Escola do distrito de Beja</b>			
<b>Nome da atividade:</b> Educar para comportamentos de vida saudáveis na Adolescência sem tabaco					
<b>Projeto: "TU ESCOLHES"</b>					
<b>Turma: 5ºB</b>		<b>Docente responsável:</b>			
<b>N.º Alunos: 13</b>	<b>N.º Professores: 1</b>	<b>N.º Assistentes operacionais: 0</b>		<b>Nº de Enc. Educação:0</b>	
<b>Formadores:</b> Enfermeira Ana Coelho					
<b>Observações:</b> Participaram 12 alunos na sessão					
<b>Duração:</b> 90min					
Nome dos alunos/formandos		Ano	Presença		Observações
			Sim	Não	
1.	A...	5º	Sim		
2.	B...	5º	Sim		
3.	F....	5º	Sim		
4.	G...	5º	Sim		
5.	L...	5º	Sim		
6.	L...	5º	Sim		
7.	L...	5º		Não	
8.	R..	5º	Sim		
9.	S..	5º	Sim		
10.	S...	5º	Sim		
11.	T..	5º	Sim		
12.	I...	5º	Sim		
13.	T...	5º	Sim		
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					

## APÊNDICE H - Apresentação power point da sessão “TU ESCOLHES”

MISTURADO EM ENFERMAGEM ASSOCIAÇÃO

**TU ESCOLHES!!**

Prevenção do consumo de tabaco

Discente: Enfermeira Ana Coelho

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Rita Salvado

Docente Orientador: Prof. Doutora Maria Chora



**O Consumo de tabaco**

- Principal causa de morte, doença e incapacidade evitável do mundo;
- Cada cigarro rouba 5 minutos de vida;
- Fumador vive em média menos 7 anos

Mortes atribuíveis ao tabaco, todos os países, estimativas, 2016


Doença	Mortes	Porcentagem das mortes por esta causa
Câncer	5.545	19,5%
Doenças respiratórias crônicas	3.109	46,4%
Doenças cardíacas e cerebrovasculares	2.165	6,7%
Doenças respiratórias agudas	805	12,0%
Diabetes	227	2,4%

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017 (pág. 14).

**O Consumo de tabaco**

- Diminui as capacidades físicas;
- Prejudica o rendimento escolar;
- Provoca mau hálito;
- “Porta de entrada” para outras dependências, drogas, álcool.

Cordeiro, 2009



**Componentes do Tabaco**



<https://listas.20minutos.es/lista/datos-sobre-el-tabaco-que-seguro-desconocias-382168/>

**Componentes do Tabaco**



**O Consumo de tabaco**

Cada cigarro contém 7000 substâncias tóxicas

↕

Das quais 70 provocam doenças cancerígenas

D&S, 2017



## O Consumo de tabaco

- **Nicotina**- provoca dependência, existe em inseticidas;
- **Acetona**- utilizada para remover o verniz das unhas e tintas;
- **Arsénio**- Um veneno para ratos;
- **Chumbo**- Existe em tintas;
- **Alcatrão**... entre outros

0601.2017 7

## O Consumo de tabaco



8

## Malefícios do tabaco

- Os dentes também sofrem as consequências do tabaco, enfraquecem e ficam amarelos;



0601.2017 9

## Malefícios do tabaco

O cheiro do tabaco na roupa também é bastante desagradável, e difícil de remover.



<https://pt.clipart.me/istock/dirty-laundry-432843>

0601.2017 10

## Malefícios do tabaco

- Cancro Pulmão
- Cancro da cavidade oral
- Cancro da faringe
- Cancro da laringe
- Cancro do esófago
- Cancro do estômago
- Cancro do pâncreas
- Cancro bexiga
- Cancro do rim
- Cancro do colo do útero
- Leucemia



Cordeiro, 2009

11

## Tabaco e saúde

- O pulmão é um dos órgãos que mais sofre com o uso do cigarro.
- Quem fuma perde quase 10 vezes mais a função pulmonar em relação a quem não fuma.



Pulmão de um fumador Pulmão de um não fumador.

0601.2017 12

## Porque começam a fumar?



Porque os pais fumam..

Os amigos que fumam...

Os adultos fumam...

Quero ser  
crescido...

Quero pertencer a um  
grupo...

13

## Vantagens de Não Fumar



- Manter a forma física
- Ser mais saudável
- Ser mais atraente
- Dentes mais brancos e saudáveis
- Não poluir o ambiente
- Ter mais dinheiro



<https://br.depositphotos.com/118294158/stock-illustration-set-of-cartoon-people-doing.html>

09/05/2017

14

## MAS... TU ESCOLHES!!!



15

VIDA SAUDÁVEL...  
SEM CIGARRO...  
SEM ÁLCOOL...  
SEM DROGAS PESADAS...

SER FELIZ

SER SAUDÁVEL

SER AMIGO

SERES TU!!!!

<https://www.google.pt/search?q=imagem+saudavel+sem+tabaco&so>

16

## Fumar para quê??



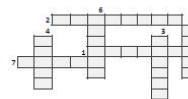
 FUMAR\_PRA QUÊ (360P).mp4

17

## VAMOS JOGAR!!



♦ Jogo das Palavras Cruzadas



18

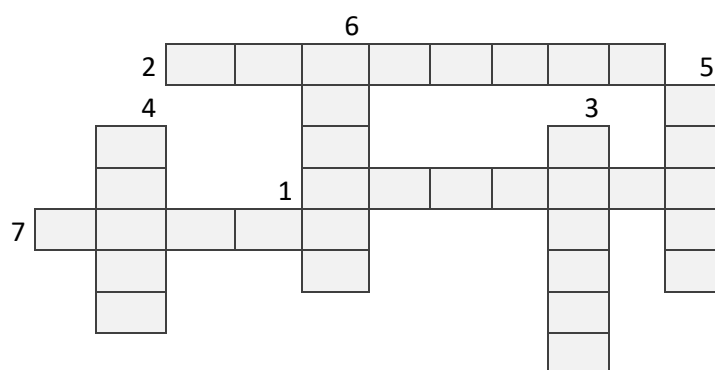






# Palavras Cruzadas

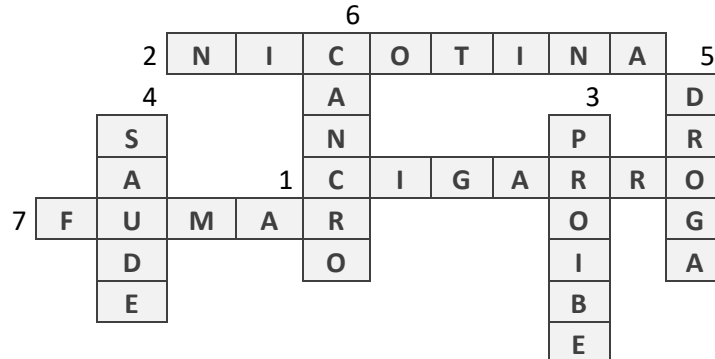
- 1- O ..... causa dependência.
- 2- A ..... é uma substância que esta dentro do cigarro
- 3- A Lei ..... O uso de tabaco em locais fechados
- 4- O cigarro faz muito mal à .....
- 5- O cigarro é uma .....
- 6- O cigarro provoca.....
- 7- Em locais fechados é proibido.....



# Palavras Cruzadas

## SOLUÇÕES

- 1- O **Cigarro** causa dependência.
- 2- A **Nicotina** é uma substância que esta dentro do cigarro
- 3- A Lei **proíbe** o uso de tabaco em locais fechados
- 4- O cigarro faz muito mal à **saúde**.
- 5- O cigarro é uma **droga**.



- 6- O cigarro provoca **câncer**.
- 7- Em locais fechados é proibido **fumar**.











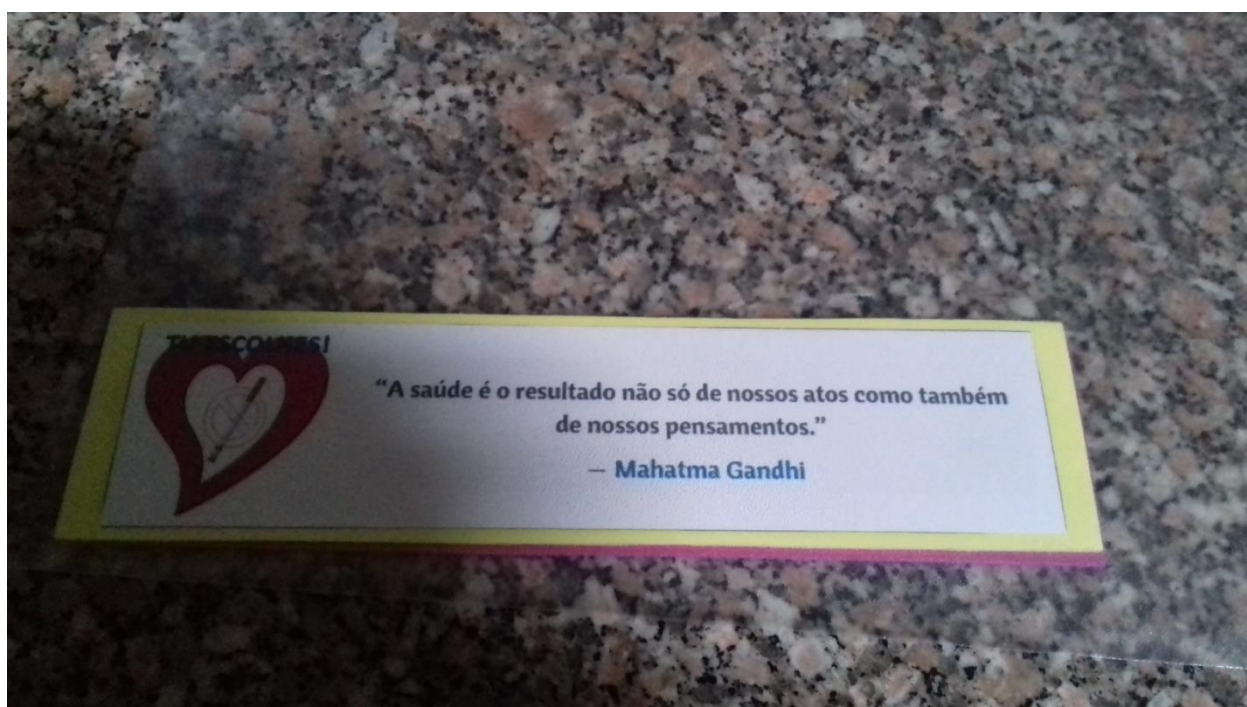








## APÊNDICE J - Marcador de livros “ TU ESCOLHES”



## APÊNDICE K - Plano da sessão a especificar as atividades

### Plano de Ação para a Saúde Escolar

<b>Eixo estratégico: Capacitação</b>						
<b>Área de Intervenção: Prevenção do consumo de tabaco.</b>						
<b>Nome da atividade: TU ESCOLHES!</b>						
<b>Objetivo Geral:</b> Capacitar os alunos do 5º ano de uma escola do distrito de Beja para a adoção de hábitos de vida saudáveis sem tabaco.						
<b>Objetivo (s) específico (s):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar os conhecimentos sobre o tabaco e seus malefícios aos alunos do 5º ano de uma escola do distrito de Beja;</li> <li>• Incrementar a importância da influência social na iniciação do consumo de tabaco aos alunos do 5º ano de uma escola do distrito de Beja;</li> <li>• Promover atividades lúdico pedagógicas que visam a promoção de hábitos de vida saudáveis sem tabaco aos alunos do 5º ano de uma escola do distrito de Beja.</li> </ul>						
<b>População-alvo:</b> Alunos que frequentam o 2º Ciclo nos estabelecimentos de educação e ensino de uma escola do distrito de Beja						
<b>Responsáveis:</b> Enf.ª Ana Coelho e Enf.ª Rita Salvado						
<b>Observações:</b> Referente ao ano letivo 2018/2019						
<b>Atividades</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Onde</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos Materiais</b>
Sessão "TU ESCOLHES" sobre a Prevenção do Tabaco; • 5º B (12 alunos)	Enf.ª Ana Coelho	- Apresentação do formador e alunos; - Apresentação do tema; - Entrega de uma ficha, para avaliação dos conhecimentos sobre o tabaco antes de iniciar a sessão; - Dimensão da problemática do tabagismo e seus malefícios para a saúde; - Constituição do cigarro; - Dependência do tabaco;	Escola em sala de aula	30min	Expositivo Interativo	Computador; Data-show; Fotocópias; Lápis e/ou canetas; Papel.

		- Vantagens de não fumar;				
Caixas com cartas sobre as doenças causadas pelo tabaco e componentes do tabaco, vamos jogar "TU SABES?" com os alunos da turma • 5º B (12 alunos)  Apresentação de um vídeo, elucidativo aos malefícios do tabaco aos alunos da turma 5º B (12 alunos)	Enf.ª Ana Coelho	- Divisão da turma em 2 grupos e realização de atividades elucidativas às doenças causadas pelo tabaco e os seus constituintes.	Escola em sala de aula	35min          5 min	Interativo Interrogativo Expositivo	Computador; Data-show; Fotocópias; Lápis e/ou canetas; Papel.
Encerramento da sessão • 5º B (12 alunos)	Enf.ª Ana Coelho	- Encerramento da sessão; - Dúvidas.	Escola, em sala de aula	10min	Interativo	Computador; Data-show;
Avaliação da sessão • 5º B (12 alunos)	Enf.ª Ana Coelho	- Folha de presenças; - Avaliação da sessão e satisfação dos alunos.	Escola, em sala de aula	10min	Interrogativo	Lápis e/ou canetas

## APÊNDICE L - Sessão formativa sobre a “Entrevista ao Adolescente”

**ENTREVISTA AO ADOLESCENTE**

UC – Estágio Final

04. Janeiro, 2019

**Discentes:**  
Ana Patrícia Dâmaso Dionísio Coelho

**Docente:**  
Prof. Doutora Maria Antónia Chora

**Enfermeira Orientadora:**  
Enfermeira Rita Salvado

**Orientações**

Norma DGS nº 010/2013

OE, 2010-Guia Orientador da Boa Prática, Série I, N.º 1, Vol. 1.

**NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

Guia de Saúde Infantil, Juvenil e Adulta (PNSI, PNJA, PNJAD)

Publicação de Saúde

Divisão de Saúde Infantil, Juvenil e Adulta (DIAJAD)

Normas

O novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), parte integrante desta norma, entra em vigor a 1 de janeiro de 2013 e tem como objetivo o fomento da saúde e a prevenção de doenças em todas as idades.

As principais alterações em relação ao PNSIJ de 2005 são:

1) alteração da estrutura das consultas infantis e juvenis (incluindo a consulta de saúde da família);

2) nova estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

3) nova estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

4) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

5) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

6) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

7) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

8) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

9) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

10) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

11) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

12) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

13) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

14) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

15) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

16) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

17) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

18) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

19) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

20) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

21) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

22) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

23) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

24) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

25) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

26) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

27) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

28) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

29) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

30) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

31) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

32) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

33) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

34) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

35) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

36) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

37) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

38) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

39) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

40) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

41) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

42) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

43) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

44) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

45) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

46) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

47) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

48) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

49) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

50) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

51) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

52) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

53) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

54) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

55) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

56) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

57) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

58) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

59) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

60) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

61) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

62) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

63) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

64) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

65) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

66) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

67) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

68) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

69) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

70) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

71) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

72) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

73) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

74) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

75) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

76) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

77) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

78) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

79) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

80) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

81) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

82) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

83) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

84) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

85) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

86) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

87) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

88) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

89) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

90) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

91) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

92) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

93) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

94) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

95) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

96) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

97) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

98) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

99) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

100) alteração da estrutura das consultas de saúde da família (incluindo a consulta de saúde da família);

**Objetivo Geral**

Uniformizar os procedimentos da entrevista ao Adolescente.

**Adolescência- conceitos**

- Fase compreendida entre os 10 e os 19 anos, sendo um período de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizado pelo desenvolvimento físico, mental e emocional. (Organização Mundial de Saúde, 2011).
- Período de transição entre a infância e a idade adulta, começando num acontecimento biológico (a puberdade) terminando num acontecimento psicossocial (a independência em relação aos pais). Hockenberry & Wilson (2014).
- Não é consensual o início da adolescência e o seu fim, podendo cada definição variar de acordo com o sexo, etnia, geografia condição socio económica e cultural. Saraiva e Batista (2010)

**Objetivos Específicos**

Compreender a importância da entrevista ao Adolescente;

Identificar os princípios a respeitar na entrevista ao adolescente;

Conhecer estratégias eficazes, para uma melhoria na qualidade da intervenção em saúde ao adolescente e família.

**Adolescência**

- Três fases:
- Adolescência Inicial
  - (11 - 14 anos)
  - Início da puberdade
- Adolescência Intermédia
  - (15 - 17 anos)
  - Pressão para imitar comportamento dos pares
- Adolescência Tardia
  - (18 - 20 anos)
  - Assume papéis de vida adulta

(Hockenberry & Wilson, 2014)

## Caraterísticas Desenvolvimentais do Adolescente

### O Adolescente e o "EU"

- São capazes de pensar além do concreto e perceber o abstrato;
- Perspetivam o futuro e conseguem equacionar riscos, a sua capacidade de decisão aumenta;
- Pensamento pode tornar-se egocêntrico, é comum acreditar que todos olham para o seu comportamento;
- Sabem tudo, as suas emoções e experiências são únicas;
- Forma a identidade equacionando como se vê, como os outros o vêem, o seu papel na sociedade e o futuro que deseja;

(Hockenberry & Wilson, 2014)

7

### Características do espaço e tempo

#### Espaço:

- ✓ destinados exclusivamente a jovens
- ✓ acolhedor, confortável, bem ventilado e limpo;

#### Duração da entrevista:

- ✓ **Primeira:** cerca de 50min (permitem manter bons níveis de atenção e concentração, quer do adolescente e do enfermeiro)
- ✓ **Subsequentes:** cerca de 30min (não deve ultrapassar 90min)
- ✓ **Contactos frequentes:** entre 30 seg. a 15 min. (intervenção breve são eficazes)

GOBP, 2010

11

### O Adolescente e a Relação com os Outros

- O grupo de pares é o que mais influencia o desenvolvimento e a socialização dos jovens;
- É no grupo que encontram modelos de comportamento, fontes de motivação com estilos de vida diferentes;
- As relações românticas são vistas como amor verdadeiro, as relações sexuais iniciam-se por curiosidade de exploração e pressão do grupo.

(Hockenberry & Wilson, 2014)

8

### Características do Entrevistador

- ✓ Maturidade pessoal, auto-estima; ser sensível e genuíno;
- ✓ Domínio sobre diversos temas sem preconceitos;
- ✓ Comunicação sincera;
- ✓ Respeito, autenticidade e empatia;
- ✓ Evitar assumir o papel do adolescente (este procura um profissional que o ajude e não um "colega");
- ✓ Não adotar postura dominadora
- ✓ Evitar substituir os pais.

GOBP, 2010

12

## Entrevista ao Adolescente

### Consulta de Enfermagem

Entrevista

Colher informação

Construir vias de comunicação

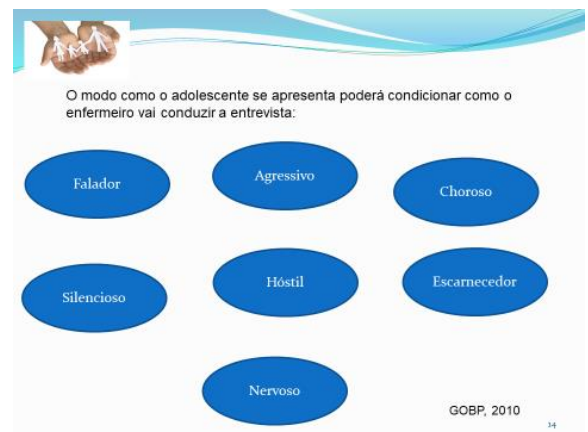
9

### Pré-Requisitos para a relação/ comunicação com o adolescente

- ✓ O Entrevistador deverá possuir conhecimentos sobre o desenvolvimento da adolescência;
- ✓ Demonstrar disponibilidade;
- ✓ Assegurar a confidencialidade;
- ✓ Dirigir as questões e explicações diretamente ao adolescente;
- ✓ Linguagem simples e realista;
- ✓ Escutar o adolescente;
- ✓ Evitar juízos de valor;
- ✓ Evitar silêncios prolongados;
- ✓ Evitar interrupções;

GOBP, 2010

13



A escala mnemónica HEEADSSS pode ser usada para guiar as questões da Entrevista.

O acrónimo HEEADSSS significa o seguinte:

- **H** – home (casa, família);
- **E** – education e employment (escola e emprego);
- **E** – eating (alimentação);
- **A** – activities (atividades desportivas e de lazer);
- **D** – drugs (consumos, adição);
- **S** – sexuality (sexualidade);
- **S** – Suicide (depressão, suicídio, humor);
- **S** – Safety (segurança, acidentes, violência).

DGS, 2013

**Entrevista Ao Adolescente**

**Técnicas de Apoio Narrativo,**

- ✓ Perguntas abertas,
- ✓ Escuta reflexiva,
- ✓ Reestruturação positiva,
- ✓ Resumo da entrevista,
- ✓ Afirmações de automotivação,
- ✓ Respostas em espelho,
- ✓ Clarificação,
- ✓ Usar exemplos na 3ª pessoa,
- ✓ Afirmações que facilitam a discussão
- ✓ Respostas/ afirmações de apoio e ânimo.

16

**Escala HEEADSSS**

<b>CASA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Onde moras? Há quanto tempo estás nessa casa?</li> <li>✓ Com quem vives?</li> <li>✓ Tens um quarto só para ti?</li> <li>✓ Como é o relacionamento entre os membros da família?</li> <li>✓ De quem te sentes mais próximo (a) ?</li> <li>✓ Alguém saiu de casa recentemente? Há alguém de novo?</li> </ul>
<b>ESCOLA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Em que escola andas? Como é a escola? Mudaste recentemente?</li> <li>✓ Quais as disciplinas que preferes? E as que menos gostas?</li> <li>✓ Tens amigo (a)s na escola?</li> <li>✓ Como é o teu aproveitamento? Modificou-se recentemente?</li> <li>✓ Que planos tens quanto ao futuro?</li> <li>✓ Trabalhas? Onde? Qual o horário de trabalho?</li> </ul>
<b>ALIMENTAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ De que é que gostas e não gostas no teu corpo?</li> <li>✓ O teu peso alterou-se recentemente? De que modo?</li> <li>✓ O que é para ti uma dieta saudável? É a que fazes?</li> <li>✓ Já fizeste dieta alguma vez?</li> <li>✓ Praticas exercício diariamente?</li> </ul>

DGS, 2013



## Entrevista Ao Adolescente



### Fase Inicial



- ✓ Apresentar-nos ao adolescente, pais e outros;
- ✓ Esclarecer etapas da Entrevista;
- ✓ Identificar expectativas do adolescente e pais face à entrevista;
- ✓ Garantir confidencialidade e privacidade;
- ✓ Estabelecer clima de confiança.

GOBP, 2010

17

ATIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O que fazes quando estás com o(a)s amigo(a)s?</li> <li>✓ Praticas algum desporto? Quantas vezes por semana?</li> <li>✓ O que fazes quando estás com a tua família?</li> <li>✓ Tens alguma outra atividade organizada (grupo de jovens, escuteiros, voluntariado, etc)?</li> <li>✓ Tens alguns hobbies? Gostas de ler? Que livro estás a ler agora?</li> <li>✓ Quantas horas de televisão vês por dia? E computador? E vídeo-jogos?</li> </ul>
CONSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No teu grupo de amigo(a)s, alguém fuma, bebe álcool ou consome drogas?</li> <li>✓ É tu próprio?</li> <li>✓ E na tua família?</li> <li>✓ Alguém fuma na tua casa?</li> <li>✓ Tens algum familiar que tenha sido alcoólico ou tenha consumido drogas?</li> </ul>
SEXUALIDADE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tens namorado(a) atualmente? Já tiveste antes?</li> <li>Já tiveste relações sexuais?</li> <li>O que significa "sexo seguro" para ti?</li> <li>Utilizas contraceção? Que método contraceutivo usas?</li> <li>Alguma vez foste forçado(a) a envolveres-te em práticas sexuais contra a tua vontade?</li> <li>Já tiveste alguma infeção transmitida por via sexual? Quando e qual?</li> </ul>

DGS, 2013

21

## Entrevista Ao Adolescente



### Fase Exploratória



#### Colheita de dados:

- ✓ Averiguar e esclarecer preocupações / dúvidas;
- ✓ Identificar:
  - antecedentes pessoais
  - antecedentes familiares (fatores de risco e de proteção);
  - necessidades do adolescente
  - perspetivas e projetos do adolescente

GOBP, 2010

18

DEPRESSÃO/ SUICÍDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sentes-te triste ou "em baixo" mais do que o habitual?</li> <li>✓ Estás sempre chateado(a)?</li> <li>✓ Tens dificuldade em dormir?</li> <li>✓ Pensas por vezes em te magoares a ti próprio(a) ou a outra pessoa?</li> <li>✓ Achas que estás a perder o interesse em coisas que antes te davam prazer?</li> <li>✓ Isolas-te mais do(a)s amigo(a)s, nos últimos tempos?</li> <li>✓ Conheces alguém que tenha pensado em suicidar-se? Isso já sucedeu contigo?</li> <li>✓ Começaste a fumar, beber ou usar drogas para te sentires melhor e mais calmo(a)?</li> </ul>
SEGURANÇA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Já tiveste algum acidente grave ou provocaste algum acidente?</li> <li>Usas sempre cinto de segurança, no carro?</li> <li>Alguma vez andaste de carro com um(a) condutor(a) embriagado(a)?</li> <li>Usas equipamentos de segurança quando praticas desportos (por exemplo, capacete)?</li> <li>Existe violência na tua família?</li> <li>Existe violência na tua escola?</li> <li>Alguma vez foste agredido ou abusado sexualmente?</li> <li>Alguma vez foste vítima ou te envolvereste em bullying ou em situação de violência não namoro?</li> </ul>

22

## Entrevista Ao Adolescente



### Fase resolutiva



- ✓ Orientar (mais do que aconselhar);
- ✓ Explicar recursos ao alcance do adolescente;
- ✓ Disponibilizar material educativo;
- ✓ Negociar metas a atingir a curto prazo;
- ✓ Incentivar partilha e negociação com família;
- ✓ Negociar informações a partilhar com pais;
- ✓ Disponibilizar contato telefónico ou endereço do serviço (ou do enfermeiro);
- ✓ Registrar dados, diagnósticos e intervenções de Enfermagem.

GOBP, 2010

23

## Bibliografia

- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong's Fundamentos Enfermagem Pediátrica* (9th ed.). Elsevier.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Criança*. Cadernos OE, Série I, Número 3, Volume 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde

25



## APÊNDICE M - Panfleto “Suicídio na Adolescência”

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

### O Suicídio e a Adolescência

Se está com algum problema, saiba que você não está sozinho. Muitas pessoas já passaram por isso e encontraram uma forma de superar esse sofrimento

O que pode fazer para contrariar esse pensamento?

- Procure o seu Enfermeiro de Família e o seu Médico de Família, eles saberão como ajudar;
- Evite ou restrinja a ingestão de álcool ou drogas ilícitas, estas podem piorar a situação;
- Os suicídios são evitáveis;
- Não há problema em falar sobre o suicídio;
- Perguntar sobre ideias de suicídio não provoca o ato de suicídio, muitas vezes reduz a ansiedade e ajuda as pessoas a sentirem-se compreendidas;
- Esteja alerta em relação a pensamentos negativos persistentes e autocríticos e tente substituí-los por pensamentos positivos. Tudo na vida tem um lado positivo

**PEÇA AJUDA!**

### Contactos

Um Amigo nas horas difíceis:

Linha 24: 808 24 24 24 - também lhe poderá ajudar e encaminhar na procura de uma solução para si!

Linha Voz Amiga: 800 209 899

• Lembre-se sempre, com a ajuda certa pode ficar melhor.

**APÊNDICE N** - Kit com material de apoio às consultas de Saúde Infantil e de Neonatologia



**APENDICE O** - Guia de Bolso de apoio às consultas de Saúde Infantil contendo as fases de desenvolvimento dos 0 aos 5 anos



**APÊNDICE P** – Atividades desenvolvidas nos campos de Estágio e Competências Adquiridas.

Quadro 12. Atividades realizadas para adquirir a competência: **Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.**

Competência 1- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.		
Atividades	Contexto	Unidade de Competência
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização e Implementação do projeto intervenção “Educar para comportamentos de vida saudáveis na Adolescência- Prevenção do Tabagismo” e realização de um logotipo para identificação do projeto TU ESCOLHES!</li> <li>- Realização de uma Sessão de Educação para a Saúde dirigida aos alunos do 5ºano, sobre comportamentos de vida saudáveis sem tabaco.</li> </ul>	UCC	E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participámos nos cuidados de enfermagem prestados pelo EESIP ao adolescente com comportamentos de risco e família que recorreram ao SUP;</li> <li>- Auscultámos as dificuldades dos pais no cuidar e educar do seu filho adolescente com comportamentos de risco, nomeadamente em situação de tentativa de suicídio no SUP;</li> <li>- Realizámos um panfleto e um estudo de caso “O Suicídio na Adolescência”.</li> </ul>	SUP	E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.

Quadro 13. Atividades realizadas para a adquirir a competência: 2 — **Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**

Competência 2- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade		
Atividade	Contexto	Unidade de Competência
- Prestámos cuidados de Enfermagem à criança que recorreu ao SUP por anafilaxia, TCE, situações urgentes/emergentes	SUP	E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.
- Realizámos pesquisa bibliográfica sobre os instrumentos de avaliação da dor;  - Realizámos um guia de bolso com as várias escalas de avaliação da dor sendo o mesmo divulgado à equipa de Enfermagem do SIP	SIP	E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem -estar da criança/jovem, otimizando as respostas.
- Colaborámos com a Enfermeira EESIP na prestação de cuidados à criança/ jovem e família com doença crónica  - Tivemos também oportunidade de acompanhar a Enfermeira na realização de consultas ao domicílio na Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD)	SCEP	E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.
- Colaborámos com a Enfermeira EESIP na prestação de cuidados à criança/ jovem e família com doença crónica, doença oncológica, deficiência/ incapacidade internados no SIP;  - Auscultámos as dificuldades dos pais no cuidar das crianças/adolescentes com doença crónica internados no SIP,	SIP	E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.



Quadro 14. Atividades realizadas para a adquirir a competência: **Presta cuidados específicos em resposta às necessidades o ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem**

Competência 3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem		
Atividade	Contexto	Unidade de Competência
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizámos no SUP ensinos na promoção de aleitamento materno, onde a mãe recorreu por mastite e ingurgitamento mamário;</li> <li>- Realizámos um kit com o material necessário de apoio às consultas de saúde infantil bem como de neonatologia realizadas no SCEP</li> <li>- Realizámos ainda um guia de bolso contendo as diferentes fases do desenvolvimento psicomotor da criança dos 0 aos 5 anos de forma a servir de apoio para essas mesmas consultas no SCEP</li> <li>- Realizámos uma sessão formativa para os Enfermeiros que trabalham na consulta Externa de Pediatria sobre o Desenvolvimento da Criança dos 0 aos 5 anos.</li> </ul>	<p>SUP</p> <p>SCEP</p>	E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação nas consultas de saúde infantil, com a aplicação da Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil (SGS II)</li> </ul>		E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém -nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizámos estratégias de capacitação com o adolescente e família, de acordo com o estado de desenvolvimento e de respeito pelas suas crenças e cultura</li> </ul>		E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participámos nos cuidados de enfermagem prestados pelo EESIP à criança/ adolescente com comportamentos alimentares menos saudáveis que recorreram às consultas de Obesidade Infantil no SCEP;</li> <li>- Auscultámos as dificuldades dos pais no cuidar e educar do seu filho Criança/ Adolescente com comportamentos alimentares menos saudáveis no SCEP;</li> <li>- Realização de uma sessão formativa para os Enfermeiros da UCSP e UCC sobre a Entrevista ao Adolescente na UCC</li> </ul>		E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.



## APÊNDICE Q - Resumo da Revisão Integrativa “Suicídio na Adolescência”

### RESUMO

**Introdução:** O suicídio na adolescência é um problema grave e com implicações muito significativas na vida do adolescente. Comportamentos autolesivos e suicidários são na atualidade um problema de saúde pública, sendo o suicídio uma das principais causas de morte na adolescência. **Objetivos:** Diminuir o risco de suicídio e de comportamentos auto lesivos na adolescência. **Método:** Para elaboração do trabalho, foram usados livros e pesquisados artigos relativos à temática nas bases de dados eletrônicas disponíveis, PubMed, Medline, e B-On, sendo posteriormente selecionados artigos científicos, dentro daqueles que se consideraram estarem enquadrados na temática. **Resultados:** É necessária a intervenção dos profissionais de saúde em parceria com os profissionais de educação, no sentido de diminuir o suicídio na adolescência, seja feita em contexto hospitalar ou nas Escolas com o objetivo de estruturar estratégias, de forma a diminuir e prevenir o suicídio nestes jovens. A família também tem um papel muito importante na prevenção. **Conclusão:** A capacitação dos profissionais da educação saúde e familiares resulta numa combinação perfeita, constituindo-se como uma excelente ferramenta, no combate ao suicídio. No entanto ainda existe pouca investigação sobre o tema em Portugal.

**Palavras - chave:** Adolescência, suicídio na adolescência, família enfermagem.